**Antragsteller:**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede Titel Vorname Name\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| ggf. Geburtsname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum/-ort\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift (privat)\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon (privat)\*\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobiltelefon (privat)\*\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail (privat)\*\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon (Arbeitgeber): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail (Arbeitgeber): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Rechnungsanschrift\*: (falls abweichend) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mitgliedsnummer BDP:  (falls vorhanden) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

*\*Pflichtangaben*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich bin damit einverstanden, dass mich ClarCert vor Ablauf des Zertifikats an die Re-Zertifizierung |
|  | erinnert. *(\*\*hierfür notwendige Pflichtangaben)* |

Hiermit beantrage ich die folgende Zertifizierung als Fachpsychologin Palliative Care (BDP-DGP) / Fachpsychologe Palliative Care (BDP-DGP):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Erstzertifizierung |  | 1. Re-Zertifizierung |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2. Re-Zertifizierung |

**Bitte beachten Sie die Informationen zu den Voraussetzungen zur Zertifizierung. Senden Sie entsprechende Nachweise zu Ausbildung, Berufserfahrung und Schulungsteilnahmen zusammen mit diesem Antrag und den notwendigen Verpflichtungserklärungen ein.**

Die detaillierten Inhalte und Anforderungen der einzelnen Nachweise finden Sie im „Anforderungskatalog zur Zertifizierung von Fachpsychologinnen/ Fachpsychologen Palliative Care (BDP-DGP)“

Der Nachweis der Berufsausbildung ist anhand von geeigneten Dokumenten als einfache Kopie/Scan zu erbringen, ggf. erforderliche Urkunden der Studien müssen beglaubigt vorgelegt werden.

Die Berufserfahrung ist durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen, auf der Art und Umfang der jeweiligen Tätigkeit vermerkt ist.

**Vollmitglieder des BDP müssen nur einen Teil der Nachweise einreichen.** Nähere Informationen erhalten Sie im Informationsblatt „Anforderungen und Nachweise als Vollmitglied im BDP“.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erstzertifizierung gemäß der Übergangsregelung (bis 30.06.2028)** | | |
| Voraussetzung | Beschreibung | Liegt vor (bitte ankreuzen) |
| Abschluss Studium | Bachelor/ Master oder Diplom Psychologie |  |
| Qualifikation | 5 Jahre Berufserfahrung in der Palliativpsychologie |  |
| Sonstiges | Verpflichtungserklärungen |  |
| **oder** | | |
| Qualifikation | 3 Jahre Teilzeit/ 2 Jahre Vollzeit Berufserfahrung in der Klinischen- oder Gesundheitspsychologie **oder** Beratungs- und Gesprächsführungsfortbildung (min. 120 UE) **oder** Praktische Tätigkeit 1,5 Jahre Teilzeit oder 1 Jahr Vollzeit Klinische oder Gesundheitspsychologie plus Beratungs- bzw. Gesprächsführungsfortbildung mit Umfang von min. 60 UE |  |
| Qualifikation | Qualifizierung Palliative-Care (DGP oder äquivalent z.B. Master Palliative Care) **oder** Fortbildung Psychoonkologie plus ½ Jahr Teilzeitäquivalent-Tätigkeit in palliativem Setting |  |
| Sonstiges | Verpflichtungserklärungen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erstzertifizierung (ab 01.07.2028)** | | |
| Voraussetzung | Beschreibung | Liegt vor (bitte ankreuzen) |
| Abschluss Studium | Bachelor/ Master oder Diplom Psychologie |  |
| Qualifikation | 3 Jahre Teilzeit/ 2 Jahre Vollzeit Berufserfahrung in der Klinischen- oder Gesundheitspsychologie **oder** Beratungs- und Gesprächsführungsfortbildung (min. 120 UE) **oder** Praktische Tätigkeit 1,5 Jahre Teilzeit oder 1 Jahr Vollzeit Klinische oder Gesundheitspsychologie plus Beratungs- bzw. Gesprächsführungsfortbildung mit Umfang von min. 60 UE |  |
| Qualifikation | Palliative Care (DGP oder äquivalent z.B. Master Palliative Care) |  |
| Sonstiges | Verpflichtungserklärungen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. & 2. Re-Zertifizierung** | | |
| Voraussetzung | Beschreibung | Liegt vor (bitte ankreuzen) |
| Grundvoraussetzung | Erstzertifizierung liegt vor |  |
| Kontinuierliche Fortbildung | Mindestens 50 UE im Verlauf der letzten 5 Jahre plus Selbst-/Literaturstudium im Umfang von 30 Unterrichtseinheiten |  |
| **oder** | | |
| Berufliche Tätigkeit | Nachweis von min. 1 Jahr Berufstätigkeit im Bereich Palliativpsychologie in den letzten 5 Jahren |  |

Mit dem Antrag auf Personenzertifizierung werden durch den Antragsteller folgende Vereinbarungen anerkannt:

* Die Gebühren für das Zertifizierungsverfahren richten sich nach der „Gebührenordnung Fachpsychologinnen/ Fachpsychologen Palliative Care (BDP-DGP)“ und wird vor Unterlagenprüfung fällig.
* Mit der verbindlichen Anmeldung erkennt der Antragssteller die „Bestimmungen zur Verwendung von Zertifikaten“ sowie die „Zertifizierungsbestimmungen Fachpsychologin Palliative Care (BDP-DGP)/ Fachpsychologe Palliative Care (BDP-DGP)“ der ClarCert an.
* Die aktuelle Version „Bestimmungen zur Verwendung von Zertifikaten“ und die „Zertifizierungsbestimmungen Fachpsychologin Palliative Care (BDP-DGP)/ Fachpsychologe Palliative Care (BDP-DGP)“, worin die Ausführungsregelungen für die Zertifizierung und allgemeine Regeln für die Durchführung von ClarCert-Zertifizierungsverfahren erläutert und verbindlich geregelt sind, sowie die „Gebührenordnung Fachpsychologinnen/ Fachpsychologen Palliative Care (BDP-DGP)“, befinden sich jeweils herunterladbar auf www.clarcert.com.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |
|  |  | Datum |  | Antragsteller (Unterschrift) |