**Selbstdeklaration Berufspraxis für die Anmeldung zur Höheren Fachprüfung**

**🡪 für KandidatInnen, die Supervision nachweisen müssen (Nachweis Supervision siehe separates Formular)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anforderungen**  **Arbeitspensum in % im Zeitraum:** | **Deklaration Arbeitspensum in %**  *Das Arbeitspensum umfasst sowohl die geleisteten Behandlungsstunden wie auch die übrige Tätigkeit für die Praxis (allg. Praxisführung, Rechnungsstellung, Öffentlich-keitsarbeit etc. gemäss Berufsbild).* | | **Anzahl erteilte Behandlungsstunden**  *Behandlungsstunden in den geforderten minimal 2-3 Jahren:* ***Mind. 600 Stunden*** | **Name Arbeitgeber, falls angestellt** | **Beleg- Nr.** | **Prüfung durch die OdA KT** |
| **BZ nach Gleichwertigkeitsverfahren: von:** Abschluss Methodenausbildung  **bis:** Anmeldung zur HFP  **BZ nach akkreditierter Ausbildung: von:** Branchenzertifikat OdA KT  **bis:** Anmeldung zur HFP  *Minimal gefordert ist ein Arbeitspensum*  *von 50% in 2 Jahren oder*  *von 30% in 3 Jahren.* | Zeitraum von bis Monat/Jahr | Prozentsatz | davon Behandlungsstunden |  |  |  |
| *Bsp. 15.02.15 -31.12.15* | *30%* | *230 h* |  |  |  |
| *01.01.****xx*** *- 31.12.****xx*** | *30%* | *270 h* | ***Pro Jahr eine Zeile*** |  |  |
| *01.01.18 – 03.05.18* | *30%* | *90 h* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |  |  |
| **Datum des Methodenabschlusses**  *Diplom der Schule beilegen* |  | |  |  |  |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Name:       Vorname:       Ort:       Datum:

Unterschrift:

**Selbstdeklaration Berufspraxis für die Anmeldung zur Höheren Fachprüfung**

**🡪 für KandidatInnen, die einen Erlass der Supervision beantragen gemäss Übergangsbestimmung (Prüfungsordnung Ziffer 9.12)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anforderungen**  **Arbeitspensum in % im Zeitraum:** | **Deklaration Arbeitspensum in %**  *Das Arbeitspensum umfasst sowohl die geleisteten Behandlungsstunden wie auch die übrige Tätigkeit für die Praxis (allg. Praxisführung, Rechnungsstellung, Öffentlich-keitsarbeit etc. gemäss Berufsbild).* | | **Anzahl erteilte Behandlungsstunden**  *Behandlungsstunden in den geforderten minimal 4-5 Jahren:* ***Mind. 1‘300 Stunden*** | **Name des Arbeitgebers, falls angestellt** | **Beleg- Nr.** | **Prüfung durch die OdA KT** |
| **von:** Abschluss Methodenausbildung  **bis:** Aufnahme der Methode in die Prüfungsordnung HFP  *Minimal gefordert ist ein Arbeitspensum*  *von 50% in 4 Jahren oder*  *von 30% in 5 Jahren.* | Zeitraum von bis Monat/Jahr | Prozentsatz | davon Behandlungsstunden |  |  |  |
| *Bsp. 01.03.10 -31.12.10* | *30%* | *225 h* |  |  |  |
| *01.01.****xx*** *- 31.12.****xx*** | *30%* | *270 h* | ***Pro Jahr eine Zeile*** |  |  |
| *01.01.15 - 09.09.15* | *30%* | *180 h* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |  |  |
| **Datum des Methodenabschlusses**  *Diplom der Schule beilegen* |  | |  |  |  |  |
| **Beleg Erstregistrierung EMR, ASCA, SPAK, APTN**  *Registrierungsbestätigung beilegen* |  | |  |  |  |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Name:       Vorname:       Ort:       Datum:

Unterschrift: