**Nachweisdokument Gleichwertigkeit Branchenzertifikat OdA KT 🡪 bitte als Word-Dokument einreichen**

Weitere Informationen finden Sie in der «Wegleitung zum formalen Nachweis der Gleichwertigkeit Branchenzertifikat»

Füllen Sie bitte die Zeilen auf der **linken Seite** aus (falls nötig Zusatzzeilen einfügen).

Die Zeilen auf der rechten Seite werden von den OdA KT Expert\*innen ausgefüllt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Durch Kandidat\*in auszufüllen |  | Durch Expert\*in auszufüllen |
| Name, Vorname  Geburtsdatum  Methode/n KT |  | Dossier Nummer |

|  |
| --- |
| Allgemeine Nachweise |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Allgemeine Nachweise (Wegleitung Ziff. 4.1 / 4.2) | | BelegNr. |  | i.O. | fehlt | unvoll­ständig | Bemerkung |
|  | Kopie amtlicher Ausweis mit Foto |  |  |  |  |  |
|  | Auszug aus dem Zentralstrafregister (bei Anmeldung nicht älter als 6 Monate) |  |  |  |  |  |
|  | Nachweis Abschluss Sekundarstufe II  Titel |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nachweise zur Methode der KT | | | | | | | | |
| Methodenspezifische Aus- und Weiterbildung (Wegleitung Ziff. 4.3)\* | | Beleg Nr. |  | Anrechnung Ausbildung | Stunden | | |
| Anzahl Stunden | A Lehrgangsbestätigung Methodenausbildung  Nur methodenspezifische Kontaktstunden gemäss METID |  |  | Bemerkungen | | Ja | Nein |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  | Total Ausbildung in der Methode |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl Stunden | B Methodenspezifische Weiterbildung  Nur methodenspezifische Kontaktstunden gemäss METID |  |  | **Anrechnung Weiterbildung**  **Bemerkungen** | Ja | Nein |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Total Weiterbildung in der Methode |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | C Berufserfahrung  Anrechenbar 20 h pro Jahr Berufserfahrung, max. 160 h  Jahre: von       bis |  |  | **Anrechnung Berufserfahrung**  ja  nein | |  |  | |
|  | Total aller Stunden aus A, B, C |  | Total aller Stunden aus A, B, C |  | | |  |
| Nachzuweisende zusätzliche methodenspezifische Kontaktstunden |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abschlussprüfung (Wegleitung Ziff. 4.4)\* | | BelegNr. |  | i.O. | fehlt | unvoll­ständig | Bemerkung |
|  | Abschlussprüfung in der Methode |  |  |  |  |  |  |
|  | Äquivalenz zu einer fehlenden Abschlussprüfung in Ihrer KT-Methode  Nachweis der Berufstätigkeit VOR dem 01.01.2006 |  |  |  |  |  |
| Methodenspezifischer Eigenprozess (Wegleitung Ziff. 4.6)\* | | BelegNr. |  | | | |
|  | 24 Behandlungen als Klient\*in in der eigenen Methode |  |  |  |  |  |
| Praktikum / KlientInnenbehandlungen (Wegleitung Ziff. 4.7)\* | | BelegNr. |  | | | |
|  | 250 Behandlungsstunden an Klient\*innen (unterschriebene Selbstdeklaration) |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Nachweise zur Berufserfahrung in Ihrer Methode |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Berufserfahrung (Wegleitung Ziff. 4.8) | | | BelegNr. |  | i.O. | fehlt | unvoll­ständig | Bemerkung |
|  | AHV-Bestätigung der selbständigen Tätigkeit, *oder* |  |  |  |  |  |  |
|  | Berufshaftpflichtversicherung, *oder* |  |  |  |  |  |  |
|  | Bestätigung einer Registrierungsstelle (EMR, ASCA, SPAK, APTN), *oder* |  |  |  |  |  |  |
|  | Anstellungsvertrag / Arbeitgeberbestätigung |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Nachweise zum Tronc Commun KT (Wegleitung Ziff. 4.9) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vollständige Kompensation des Tronc Commun KT (Reglement Ziff. 5.1) | BelegNr. |  | i.O. | fehlt | unvoll­ständig | Bemerkung |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bestätigung einer Registrierung **VOR** dem Datum der Aufnahme Ihrer KT-Methode in die Prüfungsordnung der HFP KT | Beinhaltet:   * Ihren Namen * Datum der Registrierung |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Detaillierter Nachweis des Tronc Commun KT | BelegNr. |  | i.O. | fehlt | unvoll­ständig | Bemerkung |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (eventuell anrechenbare Berufserfahrung pro Jahr) | Stunden |  |  |  |  |  |  | Fehl­stunden |
|  | Berufsspezifische Grundlagen 1 (28 h) | 1,5 h, max. 9 h |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Berufsspezifische Grundlagen 2 (28 h) | 1,5 h, max. 9 h |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sozialwissenschaftliche Grundlagen (104 h) | 7 h, max. 35 h |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Medizinische Grundlagen 1  (6 h) | 0 h |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Medizinische Grundlagen 2  (146 h) | 8 h, max. 48 h |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Medizinische Grundlagen 3  (28 h) | 1,5 h, max. 9 h |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Total (340 h) |  |  |  | Nachzuweisende zusätzliche  Kontaktstunden | | | |  |