

Antragsformular für das Zertifizierungsverfahren für die Anerkennung des Berufstitelzusatzes SLK auf Masterstufe am Zentrum für interdisziplinäre Systemtherapie (ZiS)

Dem Sprachfluss zuliebe verwenden wir in diesem Text nur die männliche Form
und lassen das ® nach SLK weg.

Antragsteller

Name / Vorname

Geburtsdatum

Heimatort

Beruf

Zusatz / Firma

Strasse / Nr.

Land / PLZ / Ort

E-Mail

Webseite

Telefon Privat

Telefon Mobil/Geschäft

Ich beantrage folgende Titel:

Kurzzeitberater ZiS Systemisch-Lösungsorientierter
Kurzzeitberater Master

Kurzzeitberater ZiS SLK Master

Meine Motivation für die Erreichung des Master-Titels

Kurze Begründung:

Nachweis Ausbildungen und Berufserfahrung für SLK Anerkennung

1. Qualifizierte Ausbildung (z.B. Fachhochschul- oder Hochschulabschluss) im Gesundheitsbereich, pädagogischem Bereich, sozialem Bereich oder andere adäquate Ausbildung;
2. Mindestens 3 Jahre Berufserfahrung als Kurzzeitberater

1) Aus- und Weiterbildungen				Beleg-Nr.
Ausbildung	Veranstalter	Dauer	Wann	

2) Praxiserfahrung				
Tätigkeit	Arbeit / Auftraggeber	von	bis	Dauer

3) Arbeitsbereiche (z.B. Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien, Supervision usw.)				

Nachweis Intervention / Supervision / Eigenerfahrung

Nachweis Intervention / Supervision / Eigenerfahrung (Coaching / Therapie)				
	Gruppenmitglieder / Supervisor	Jahr	Anz. Std.	Visum PB
<input type="checkbox"/> 60 Stunden Intervention				
<input type="checkbox"/> 40 Stunden Supervision				
<input type="checkbox"/> 20 Stunden eigene Praxis als Beratende				
<input type="checkbox"/> 10 Std. Eigenerfahrung (Coaching / Therapie)				

Facharbeit, Kolloquium

Nachweis einer vertieften Auseinandersetzung mit einem für die Tätigkeit als Coach oder Kurzzeitberater relevanten Thematik (z.B. Referate, Facharbeit oder Kolloquien im Rahmen des Ausbildungsmoduls 2)

Titel der Arbeit / Referat

--

Erstellt im Rahmen der Ausbildung

--

Die wesentlichen Inhalte (Zusammenfassung)

--

Belege beilegen

Nachweis Beratungspraxis

- 3 Fälle Kurzdarstellung
- 2 ausführliche Falldokumentationen (gemäss vorgegebener Disposition) max. 10 A4 Seiten

Fall 1 Musterbeschreibung d. Kunden, Branche Mann 36 J, Pharma Führungsfunktion, Projektverantwortung	Thema der Sitzung (Bitte in wenigen Sätzen beschreiben)	Beratungsform / Interventionen
1. Sitzung	Angst vor Publikum zu sprechen	Milwaukee (Wunderfrage und mit Ausnahmen gearbeitet), Dissoziation (Phobie-Technik), inhaltliches Reframing (Versöhnungsschritt), Palo Alto Modell (paradoxe Intervention)
2. Sitzung		
3. Sitzung		
4. Sitzung		
5. Sitzung		
Fall 2		
1. Sitzung		
2. Sitzung		
3. Sitzung		
4. Sitzung		
5. Sitzung		
Fall 3		
1. Sitzung		
2. Sitzung		
3. Sitzung		
4. Sitzung		
5. Sitzung		

Persönliche Bestätigung

- Ich habe vom Aufnahme-Procedere für die Zertifizierung Kenntnis genommen und bin damit und den damit verbundenen Bedingungen einverstanden.
- Ich verpflichte mich, den Beratungskodex für die Ausführung meiner Tätigkeit als Berater einzuhalten und akzeptiere die Bedingungen für die Berufstitelzusätze gemäss den Richtlinien. Bei Zuwiderhandlung oder schweren Verstössen gegen diese Richtlinien kann der Berufstitelzusatz zu jedem Zeitpunkt entzogen werden.
- Ich bestätige, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben den tatsächlichen Begebenheiten entsprechen

Beilagen zum Antragsformular:

- Kopien der Fähigkeitsausweise und Berufsdiplome
- Richtlinien für die Berufstitelzusätze mit unterschriebener Einverständnis-Erklärung
- Belege zur Facharbeit, Kolloquium
- 3 Fälle Kurzdarstellung
- 2 ausführliche Falldokumentationen gemäss vorgegebener Disposition

Datum	Ort	Unterschrift der antragstellenden Person
-------	-----	--
