**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: