

**Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie  
Europäischer Dachverband für künstlerische Therapien gem. e. V.  
Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien**

Von-Esmarch-Str. 111 ,48149 Münster

Mail: bkmt@bkmt.de

<b>Antrag auf Zertifizierung zur/m BKMT-Supervisor/In für künstlerische Therapien</b>
---

*Bitte kreuzen Sie die Daten an, die im Supervisionsregister und auf der Homepage des BKMT veröffentlicht werden dürfen.*

<b>X</b>		<b>X</b>	
	Name:	—	Geb.Name:
	Vorname:	—	geb. am:
	Akad. Grad/ Titel:	—	<b>1.1</b> BKMT Mitglied seit :
	Berufsbezeichnung	—	Staatsangehörigkeit.:
<b>Privat-Anschrift:</b>		<b>Dienst-Anschrift:</b>	
			Institution:
			Praxis:
	Straße:		Straße:
	PLZ/Ort:		PLZ/Ort:
	Tel.-Nr.		Tel.-Nr.
	Mobil-Nr.		Mobil-Nr.
	Fax-Nr.		Fax-Nr.
	E-Mail:		E-Mail:
			Internet:
<b>Kreuzen Sie an, welche Anschrift in das Supervisorenregister aufgenommen werden soll:</b>		Privat-Adresse <input type="checkbox"/>	Dienst-Adresse <input type="checkbox"/>

<b>1.2 Berufsausbildung/Abschlüsse in künstlerischen Therapien/Zusatzqualifikationen</b> (Jahr des Abschlusses) -Bitte Kopie als Nachweis beifügen	an Institution/Hochschule/ Ort

**Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie**  
**Europäischer Dachverband für künstlerische Therapien gem. e. V.**  
**Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien**

<b>1.3 Berufstätigkeit in künstlerischen Therapien (von – bis)</b> Bitte Bescheinigung über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit als Nachweis beifügen. Bescheinigung des Arbeitgebers, Honorarverträge oder Nachweis der Praxisgründung durch schriftliche Erklärung oder gewerbliche Einträge ggf. mit Praxisflyer	

<b>1.4 Dozententätigkeiten oder Lehraufträge in künstlerischen Therapien (von - bis)</b> Bitte Bescheinigung über eine insgesamt mind. dreijährige Dozententätigkeit/Lehraufträge als Nachweis beifügen.	an Institution/Hochschule/Ort

<b>1.5. Nachweis der Supervisionstätigkeit</b> Nachweis von 50 erteilten Supervisionsstunden im Bereich der künstlerischen Therapien durch Bescheinigung des Ausbildungsinstituts oder 10 ausführliche Falldarstellungen aus freiberuflicher Supervisionstätigkeit. Bitte Bescheinigungen beifügen.
--

**Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie**  
**Europäischer Dachverband für künstlerische Therapien gem. e. V.**  
**Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien**

Bei Fehlen der Voraussetzung von 1.5.

**Ich bin interessiert an der Teilnahme an einem Fortbildungsboock und bitte um Zusendung des Termins für die Blockveranstaltung**

Ja             Nein

oder

**Ich bin interessiert an der Teilnahme an 8 Einzelsupervisionsstunden und bitte um Terminabsprache**

Ja             Nein

oder

**Ich bin interessiert an der Teilnahme an 15 Einzelsupervisionsstunden und bitte um Terminabsprache**

Ja             Nein

Nach Erfüllung aller Voraussetzung wird der Antrag durch die Zertifikatskommission geprüft.  
Für die Ausstellung des Zertifikates wird eine Gebühr von 150,- Euro erhoben.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift