

## FORTBILDUNGSVERTRAG

zwischen dem Teilnehmer / der Teilnehmerin der Psy-I-Diplom-Fortbildung

Name: \_\_\_\_\_

geboren am/in : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax, Email \_\_\_\_\_

und der Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin in Tirol  
c/o Univ. Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie, Schöpfstrasse 23a, 6020 Innsbruck

im Rahmen der Richtlinien zur Diplom-Fortbildung "Psychosoziale Medizin" (Psy-I) der Österreichischen Ärztekammer.

**Beginn und Dauer der Fortbildung:** Jänner bis Juni 2010

**Fortbildungsinhalte, Struktur und ReferentInnen:** siehe Ausschreibung und Studienbuch

**Ausmaß der in den Kosten enthaltenen Stunden:**

Theorie, theoriebezogenes Üben, Skills-Training,	
theoriebezogene Selbsterfahrung, theoriebezogene Supervision	40 Stunden
Balintarbeit/Supervision bzw. Reflexion der eigenen Praxis	20 Stunden
Patientenbezogene Selbsterfahrung (integriert in themenbezogenen Blöcken)	20 Stunden

**Weitere obligatorische Bestandteile** der Fortbildung sind Treffen in Peergruppen, das Führen eines Behandlungsjournals (Nachweis der 100 Stunden "praktische Umsetzung") und die Anfertigung einer Gesprächsdokumentation mit Transkript.

**Stundenaufteilung:** Es finden 5 Wochenenden (Freitag/Samstag, 16E) statt.

**Anwesenheitspflicht:** Bedingung für die Erlangung des Diploms ist die durchgehende regelmäßige Teilnahme an den Veranstaltungen. Aus Gründen der Kontinuität der Lern- und Gruppenprozesse ist eine entschuldigte und begründete Abwesenheit nur im Ausmaß von 10% der Fortbildungsteile tolerierbar. Wie längere Abwesenheiten nachzuholen bzw. zu kompensieren sind, ist mit der Lehrgangsentleitung abzusprechen. Die Gesamtkosten bleiben auch bei Fehlstunden gleich. Eventuell nachzuholende Stunden sind zusätzlich zu bezahlen.

**Kosten:** EUR 1.080.-

Der Kostenbeitrag ist bis spätestens 15. Jänner 2010 einzuzahlen (Konto wird noch bekannt gegeben).

**Schweigepflicht:** Für persönliche Informationen, die den TeilnehmerInnen im Rahmen der Theorieseminare und der Balint- bzw. Supervisionsgruppen über Patienten bzw. über andere TeilnehmerInnen bekannt werden, besteht absolute Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich, daß ich diesen Vertrag zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.

Ort, Datum

FortbildungsteilnehmerIn

für die Ärtzl. Gesellschaft