

## CV-Dokument für die EURAC-Zertifizierung

Version 2011

### 1. Persönliche Informationen

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Anrede & akad. Grad: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum & Geburtsort: \_\_\_\_\_

Privatadresse: ( Str., Hausnr.,Plz, Land) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berufliche Adresse (Praxis): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hauptkontakt E-mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

**2. Relevante berufliche Tätigkeiten & Etappen**


**3. Allgemeine Schulbildung und Hochschulbildung  
(Ausbildungsorte mit Zeitangaben; Ausbildungen mit Stundenzahl oder ECTS;  
Diplome/akad. Grade)**


**4. Spezifische Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie**

**4.1 Theoretischer & methodologischer Teil** (Institutionen, Ausbildungsort, Studienzeit, Stundenzahl, Hauptausbilder, Inhalte & Methoden)


**4.2 Eigene Therapie: Lehranalyse, Lehrtherapie; berufsbezogene Selbsterfahrung** (Name & Qualifikation/Berechtigung des/der PsychotherapeutInnen, Institutionszugehörigkeit, Adresse, Kontakt; Psychotherapeutische Modalität; Einzel- & Gruppensetting; Zeitrahmen, Stundenzahl)


**4.3 Berufliche Praxis** (Privatpraxis und/oder Institution mit Adresse; Praxisjahre mit jährlicher Durchschnittsstundenzahl; Klienten, d.h. Kategorien, Hauptstörungen; Psychotherapeutische Modalität; Einzel-/Gruppenverfahren)


**4.4 Praxis unter Supervision sowie Intervision** (Belege für Einzel- & Gruppen-setting/Stundennachweise)


**4.5 Supervision** (Supervisor/Psychotherapeut: Name, Qualifikation/ ... s.u. 4.2)


**4.6 Erfahrung im Gesundheitssystem** (Hospitationen, Praktika in/an Kliniken, Institutionen, Praxen mit Orts- & Zeitangaben sowie Namen der Verantwortlichen)


**5. Spezifische Ausbildung in Verkehrspsychologie, Klinischer Verkehrspsychologie und Verkehrs(psycho)therapie/kurativer Verkehrstherapie**

**5.1 Theoretischer & methodologischer Teil** (Institutionen, Ausbildungsort, Studienzeit, Stundenzahl, Hauptausbilder, Inhalte/Methoden)


**5.2 Berufsbezogene Selbsterfahrung** (Name & Qualifikation/Berechtigung des/der VerkehrstherapeutInnen, Institutionszugehörigkeit, Adresse, Kontakt; Verfahren/ Modalität; Einzel-/Gruppensetting; Daten/Zeitraumen, Stundenzahl)


**5.3 Berufliche Praxis** (Privatpraxis und/oder Institution mit Adresse; Praxisjahre mit jährlicher Durchschnittsstundenzahl; Klienten d.h. Kategorien, Hauptstörungen; Verkehrs-/Psychotherapeutische Modalität; Einzel-/Gruppenverfahren)


**5.4 Praxis unter Supervision sowie Intervision** (Belege für Einzel- & Gruppensetting / Stundennachweise)


**5.5 Supervision** (Supervisor/Verkehrstherapeut: Name, Qualifikation/ ..., s.u. 5.2)


**5.6 Erfahrung in der Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer** (Hospitationen, Praktika in/an Institutionen, Praxen mit Orts- & Zeitangaben sowie Namen der Verantwortlichen)


## 6. Mitgliedschaft & Funktion in Fachverbänden


## 7. Rekapitulation / Übersicht

<b>Stundentotal in Klinischer Psychologie &amp; Psychotherapie:</b>	<b>Stunden</b>
---	----------------

(Stunden)

4.1

4.2

4.4

4.5

<b>Stundentotal Praxis (KP&amp;P):</b>	<b>Stunden</b>
--	----------------

(Stunden)

4.3

4.6

<b>Stundentotal in heilkundlicher Verkehrstherapie:</b>	<b>Stunden</b>
---	----------------

(Stunden)

5.1

5.2

5.4

5.5

<b>Stundentotal Praxis hkVTh:</b>	<b>Stunden</b>
-----------------------------------	----------------

(Stunden)

5.3

5.6

*Der Antragsteller bestätigt hiermit die Richtigkeit seiner vorherigen Angaben. Die Belege sind beizufügen. Kam eine EURAC-Zertifizierung aufgrund von falschen oder irreführenden Angaben zustande, wird sie öffentlich für ungültig erklärt und der Kandidat wird aus dem EURAC-Register heilkundlicher Verkehrstherapeuten gestrichen.*

Ort / Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

\_\_\_\_\_

Das vorliegende Informationsdokument wird ausschließlich von der Zertifizierungskommission eingesehen und dient als Grundlage für das Zertifizierungsgespräch und die eventuell verabschiedeten Empfehlungen, die nachfolgend festgehalten und dem Kandidaten im Rahmen dieses Gesprächs mitgeteilt werden.

Empfehlung(en) der Zertifizierungskommission:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum des Gesprächs:

Unterschriften der Beteiligten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(EURAC)

(Kandidat)