

Antrag zur Zertifizierung für langjährige Therapeut*innen



An
SHZ
Stiftung Homöopathie-Zertifikat
Frauengraben 24
89073 Ulm

Allgemeine Angaben zur Person

Vorname

Titel

Nachname

Geburtsdatum

Straße (Praxis)

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail

Website

Gebühren

1. Einmalige Gebühr für die Bearbeitung und Zertifizierung (inkl. digitalem Stempel) **300,00 €**
2. Gebühr für die Nachzertifizierung **rückwirkend** (jährlicher Einzug 72,00 €) **144,00 €**

Die Gebühr wird jährlich fällig, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise alle zwei Jahre.

Mit dieser Gebühr werden neben den Überprüfungs- und Verwaltungskosten v.a. die Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung der Qualitätskonzepte finanziert.

Erforderliche Unterlagen

- Nachweis von mindestens 10 homöopathischen Praxisjahren
- Nachweis einer homöopathischen Ausbildung von mindestens 350 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten oder Nachweis von besuchten Seminaren bzw. Fortbildungen im entsprechenden Umfang von mindestens 350 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten,
- Einreichung von 6 Fällen aus eigener Praxis (4 chronische und 2 akute) analog der „Kriterien für Falleinreichungen“,
- Kopie der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikererlaubnis) bzw. eine Kopie der Bestallungsurkunde als Ärztin/Arzt.

Beschreibung der Homöopathie-Ausbildung

Ich habe folgendes Ausbildungsinstitut besucht

Beginn der Ausbildung

Ende der Ausbildung

Name des Ausbildungsinstitutes

Adresse des Ausbildungsinstitutes

Telefon

Mobil

Fax

Mein Prüfungszeugnis, ein Curriculum meiner Ausbildung und die während meiner Ausbildung von meiner Ausbildungsstätte angebotenen Unterrichtsstunden á 45 Minuten liegen dieser Bewerbung in Kopie bei.

Homöopathische Praxis		Anteil Homöopathie in der Praxis:	%
		Anteil anderer Therapien in der Praxis:	%
Anschrift	von	bis	

Kriterien für Falleinreichungen

Bitte beachten Sie die nachfolgend aufgeführten Punkte, damit Ihre Falldarstellungen für die Prüfer*innen nachvollziehbar sind. Sollten die einzelnen Schritte nicht nachvollziehbar sein, behält sich die SHZ vor, Nachbesserungen einzufordern bzw. den Fall nicht anzuerkennen.

1. Vermerken Sie bitte auf jeder Fallbeschreibung Ihre Anschrift sowie Alter, Geschlecht und Initialen Ihres Patient*innen.
2. Die Anamnese soll vollständig, detailliert, verständlich und nachvollziehbar dokumentiert sein. Der Behandlungsgrund muss deutlich benannt werden.
3. Nennen Sie bitte die Analyse-Methode, mit der Sie den Fall gelöst haben, z.B. Kent, von Bönninghausen, Burnett, etc.
4. Begründen Sie Ihre Arzneimittelwahl durch eine nachvollziehbare Fallanalyse, z.B. durch eine begründete Gewichtung (Hierarchisation), Repertorisation und Materia Medica-Vergleich. Beschreiben und begründen Sie auch bitte die Anwendung der Arznei (Potenz, Verabreichung etc.). Etwaige begleitende (therapeutische) Maßnahmen bitte vollständig auflisten.
5. Chronische Fälle benötigen eine Beobachtungszeit von mindestens 12 Monaten, Folgetermine sind mit Datum zu versehen. Bitte dokumentieren Sie den Fallverlauf detailliert, vollständig und nachvollziehbar (siehe Ziffer 2 und 3). Neue Arzneiverordnungen und/oder Dosierungsänderungen sind ebenso nachvollziehbar darzustellen, wie bei der Erstverordnung beschrieben.

Schreiben Sie Ihre Fälle bitte elektronisch und legen Sie diese zur einfacheren Bearbeitung in zweifacher Ausfertigung bei.

Erklären Sie durch Ihre Unterschrift, dass es sich bei den dargestellten Fällen um Ihre eigenen Patient*innen handelt.

Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Was ist, wenn ich in manchen Jahren viele Fortbildungen und in anderen weniger nachweisen kann?

- Fortbildungen können bei „Übererfüllung“ der Fortbildungspflicht nur auf die nächsten 2 Folgejahre übertragen werden.
- Fortbildungen müssen bei „Mindererfüllung“ der Fortbildungspflicht in den nächsten 2 Folgejahren nachgeholt werden.

Sonderregelung für Therapeut*innen über 65 Jahre

SHZ-zertifizierte Therapeut*innen über 65 Jahre können auf Antrag von der Fortbildungsverpflichtung entbunden werden.

Sollte eine Zertifizierungsverlängerung gewünscht werden, wird der ausgefüllte „Antrag auf Verlängerung“ benötigt. Die Nachzertifizierungsgebühr bleibt von der Entbindung der Weiterbildungspflicht unberührt.

Ich werde, in meiner homöopathischen Arbeit die folgenden Qualitätsmerkmale beachten:

- Meine homöopathischen Verschreibungen erfolgen nach dem Ähnlichkeitsprinzip.
- Ich verordne Einzelmittel auf Grundlage der Symptome, die durch Arzneimittelprüfungen am Gesunden, toxikologischen Erkenntnissen oder klinischen Erfahrungen bekannt sind.
- Durch eine umfassende Anamnese und einen nachvollziehbaren Weg der Fallanalyse individualisiere ich das Krankheitsgeschehen meiner Patient*innen. Vorerkrankungen und familiäre Erkrankungen werden einbezogen, wenn die methodische Vorgehensweise dies erfordert.
- Alle therapeutischen Entscheidungen, wie: Arzneiwahl, Potenzwahl, Anwendung und Dosierung der Arznei, Beratung und Anweisungen, mögliche begleitende Maßnahmen, Folgeverschreibungen, Vergabe von Folgeterminen oder Bitte um Rückmeldung, Beobachtung und Beurteilung von Arzneireaktionen und Behandlungsverlauf sowie praktische Gegebenheiten, werden an die Lebensumstände und Lebensweise der Patient*in für jeden einzelnen Behandlungsfall angepasst.
- Ich kläre meine Patient*innen über alle Rahmenbedingungen der Behandlung auf. Dies betrifft u.a. die Kosten und den Ablauf der geplanten Behandlung.
- Anamnese, Arzneiwahl, Folgeverschreibungen, Fallverlauf und Kernpunkte der Beratung werden nachvollziehbar dokumentiert.
- Ich kläre meine Patient*innen über medizinisch relevante Informationen auf.
- Ich nehme meine medizinische Sorgfaltspflicht ernst und beachte die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift:

1. dass meine Angaben in diesem Antrag und den beigegeführten Unterlagen der Wahrheit entsprechen,
2. dass die weitere Anerkennung zur/zum SHZ-zertifizierten Therapeut*in mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist,
3. mein Einverständnis, dass meine Antragsunterlagen bei der SHZ verbleiben,
4. mein Einverständnis, dass die Gebühr für den zurückliegenden Zertifizierungszeitraum eingezogen wird. Die Gebühr wird jährlich fällig, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise,
5. mein Einverständnis, dass ich mich mit Erhalt der Zertifikatsverlängerung zur homöopathischen Fortbildung von 30 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten und zusätzlich 8 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten klinischen Fortbildung pro Jahr verpflichte. Zur Zeitnahen und schnelleren Bearbeitung wird um unaufgeforderte Einreichung der Fortbildungsnachweise alle zwei Jahre zum Ablaufdatum des Zertifikats bei der SHZ-Geschäftsstelle gebeten,
6. mein Einverständnis, dass mein Name und meine Anschrift in der SHZ-Therapeutenliste veröffentlicht wird,
7. mein Einverständnis, dass mein Name aus der SHZ-Therapeutenliste gestrichen und der Stempel entzogen wird:
 - a) bei Entzug der Therapie-Erlaubnis durch den Staat,
 - b) wenn nicht im Sinne der oben genannten Kriterien für eine qualitative homöopathischen Behandlung therapiert wird,
 - c) wenn der Nachweis der Fortbildungen nicht erbracht wird und ohne Angabe von Gründen (bspw. Schwangerschaft, lange Krankheit) auch nach Erinnerung nicht nachgereicht wird,
8. die Kenntnisnahme, dass der Stempel Eigentum der SHZ bleibt,
9. mein Einverständnis, dass die SHZ berechtigt ist, die Voraussetzungen und Kriterien sowie die Gebühren der Zertifizierung in der Zukunft neu zu aktualisieren. Einen Rechtsanspruch auf die Verlängerung der Zertifizierung zu den heutigen Bedingungen besteht nicht.
10. Die Ethik-Richtlinien erkenne ich an und verpflichte mich, diese einzuhalten, um damit einen angemessenen und würdigen Rahmen für meine berufliche Tätigkeit zu schaffen.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



Zahlungsempfänger*in: Stiftung Homöopathie-Zertifikat,
Wagnerstraße 20, 89077 Ulm

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97B0300000586819

Mandatsreferenz: _____ (bitte Zertifikats-Nummer eintragen)

Hiermit ermächtige ich die SHZ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SHZ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Dafür anfallende Bankgebühren gehen zu meinen Lasten.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, bei nicht Einverständnis, die Nachzertifizierungsgebühr, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname

Vorname und Nachname Kontoinhaber*in, falls nicht identisch

Straße

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____|_____

IBAN: DE __|_____|_____|_____|_____|_____
(Bitte deutlich und in Druckbuchstaben schreiben)

Datum

Unterschrift Antragsteller*in