

**Antrag zur Zertifizierung
für langjährige und anderweitig zertifizierte Therapeuten**

An
SHZ
Stiftung Homöopathie-Zertifikat
Wagnerstraße 20
89077 Ulm

Allgemeine Angaben zur Person

Vorname		Titel	
Name		Geburtsdatum	
Straße (Praxis)			
PLZ	Ort		
Telefon	Mobil	Fax	
E-Mail		Website	

Gebühren (Stand 07/2012)

- | | |
|--|---------|
| 1. Einmalige Gebühr für die Bearbeitung und Zertifizierung (inkl. Stempel) | 300,- € |
| 2. Gebühr für die Nachzertifizierung alle zwei Jahre (€ 50,- pro Jahr)
Die Gebühr wird fällig zum Ablaufdatum des Zertifikats, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise. Mit dieser Gebühr werden neben den Überprüfungs- und Verwaltungskosten v.a. die Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung der Qualitätskonzepte finanziert. | 100,- € |
| 3. Gebühr für die Anforderung fehlender Unterlagen / Rücksendung von Originalunterlagen | 12,- € |
| 4. Gebühr für Rücklastschriften durch eigenes Verschulden (z.B. geänderte Bankverbindung) | 10,- € |

Die o.g. Gebühren können von meinem Konto laut SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 7 abgebucht werden.

**Antrag zur Zertifizierung
für langjährige und anderweitig zertifizierte Therapeuten**

Bewerbung zur Zertifizierung

Ich bewerbe mich um die Überprüfung/Anerkennung zum SHZ- zertifizierten Therapeuten und um die Aufnahme in die SHZ-Therapeutenliste im Rahmen folgender Regelung (bitte ankreuzen):

**Bereits an anderer Stelle zertifizierte/
qualifizierte Therapeuten (BKHD,
DZVhÄ, Andere z.B. im Ausland)**

**Zertifizierung langjährig erfahrener
Homöopathen (mindestens 10 Praxisjahre)**

Erforderliche Unterlagen

Erforderliche Unterlagen

- Kopie der aktuellen, gültigen Zertifizierungs-
urkunde bzw. Diplom des DZVhÄ
- Kopie der Kriterien der jeweiligen Zertifizie-
rungsstelle
- Kopie der Unterlagen, die dieser Stelle
eingereicht wurden
- Nachweis der Fortbildungspflicht

Die SHZ behält sich die Prüfung der eingereichten
Unterlagen auf Gleichwertigkeit gegenüber den
SHZ-Kriterien vor. Optional erfolgt ein kollegiales
Gespräch, sofern eine weitere Absicherung erfor-
derlich erscheint. Die Zertifizierung muss durch
eine schulexterne Institution erfolgt sein.

- Nachweis von mindestens 10
homöopathischen Praxisjahren
- Nachweis einer homöopathischen Ausbildung
von mindestens 350 Unterrichtseinheiten (UE)
oder
- Nachweis von besuchten Seminaren bzw.
Fachfortbildungen im entsprechenden Umfang
von mindestens 350 UE

Die SHZ behält sich die Prüfung der eingereichten
Unterlagen auf Gleichwertigkeit gegenüber den
SHZ-Kriterien vor. Optional erfolgt ein kollegiales
Gespräch, sofern eine weitere Absicherung erfor-
derlich erscheint.

**Einreichung von 6 Fällen aus eigener Praxis (4 chronische und 2 akute)
analog der „Kriterien für Falleinreichungen“, Seite 6**

**Kopie der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung
(Heilpraktikererlaubnis) bzw. eine Kopie der Bestallungsurkunde als Arzt**

Beschreibung der Homöopathieausbildung

Ich habe folgende Ausbildungsstätte besucht:

Beginn Ausbildung	Ende Ausbildung	
Name der Ausbildungsstätte		
Adresse der Ausbildungsstätte		
Telefon	Fax	Email

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 Praxistätigkeit	Anteil Homöopathie in der Praxis: %	
	Anteil andere Therapien in der Praxis: %	
Anschrift	von	bis

**Antrag zur Zertifizierung
für langjährige und anderweitig zertifizierte Therapeuten**

Kriterien für Falleinreichungen

Bitte beachten Sie die nachfolgend aufgeführten Punkte unbedingt, damit Ihre Falldarstellungen für die Prüfer 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 Patienten.
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 müssen vollständig aufgelistet werden.
5. Chronische Fälle müssen eine Beobachtungszeit von mindestens 12 Monaten aufweisen, 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 mit Schreibmaschine/PC 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 Patienten handelt.

Datum _____ Unterschrift Antragsteller _____

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

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

Sonderregelung

SHZ-zertifizierte Therapeuten über 65 Jahre können von der Fortbildungsverpflichtung entbunden werden. Um sicher zu stellen, dass eine Zertifizierungsverlängerung gewünscht wird muss jedoch der "Antrag auf Verlängerung" eingereicht werden. Ebenso wird die zweijährige Nachzertifizierungsgebühr fällig.

Antrag zur Zertifizierung
für langjährige und anderweitig zertifizierte Therapeuten

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, in meiner homöopathischen Arbeit die folgenden Qualitätsmerkmale zu beachten:

- Meine homöopathischen Verschreibungen erfolgen nach dem Ähnlichkeitsprinzip.
- Erfolgte Aufklärung des Patienten (medizinisch, wirtschaftlich, zur geplanten Behandlung) sowie erfolgte Vereinbarungen, Anamnese, Arzneiwahl, Folgeverschreibungen, Fallverlauf und Kernpunkte der Beratung werden nachvollziehbar dokumentiert.
- Ich verordne Einzelmittel auf Grundlage der Symptome, die durch Arzneimittelprüfungen am Gesunden, toxikologische Erkenntnisse oder klinische Erfahrungen bekannt sind.
- Durch eine umfassende Anamnese und einen nachvollziehbaren Weg der Fallanalyse individualisiere ich das Krankheitsgeschehen meiner Patienten. 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 Rückmeldungwerden für jeden einzelnen Behandlungsfall angepasst an:
 - Lebensumstände und Lebensweise des Patienten, Beobachtung und Beurteilung von Arzneireaktionen und Behandlungsverlauf, praktische Gegebenheiten.
- Ich nehme meine medizinische Sorgfaltspflicht ernst und beachte die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen.
- Im Sinne des Patientenschutzes, einer reflektierten therapeutischen Grundhaltung und einer würdigen Berufsausübung verpflichte ich mich, meine Tätigkeit an den Maßgaben der Ethik-Richtlinie der SHZ auszurichten.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift:

1. dass meine Angaben in diesem Antrag und den beigefügten Unterlagen der Wahrheit entsprechen
2. dass die weitere Anerkennung zum SHZ-zertifizierten Therapeuten mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist
3. mein Einverständnis, dass meine Antragsunterlagen bei der SHZ verbleiben
4. mein Einverständnis, dass die Rücksendung von eingereichten Originalen sowie die Anforderung fehlender Unterlagen nur gegen eine Bearbeitungsgebühr von 12 € erfolgt
5. mein Einverständnis, dass die Gebühr für die Bearbeitung der Unterlagen eingezogen wird, sobald diese geprüft sind, auch bei Nicht-Zertifizierung oder Rückzug der Bewerbung
6. mein Einverständnis, dass die Nachzertifizierungsgebühr für den zurückliegenden Zertifizierungszeitraum zum Ablaufdatum des Zertifikats eingezogen wird, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise
7. mein Einverständnis, dass ich mich mit Erhalt der Zertifikatsverlängerung zur homöopathischen Fortbildung von 30 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten und zusätzlich 8 UE klinischen Fortbildung pro Jahr verpflichte. Die Fortbildungsnachweise sind **unaufgefordert alle zwei Jahre zum Ablaufdatum des Zertifikats** bei der SHZ-Geschäftsstelle einzureichen
8. mein Einverständnis, dass mein Name und meine Anschrift in der SHZ-Therapeutenliste erfasst wird
9. 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 klassischen Homöopathie therapiert oder gelehrt wird
 - c) wenn der Nachweis der Fortbildung nicht erbracht wird und ohne Angabe von Gründen (Schwangerschaft, lange Krankheit) auch nach Aufforderung nicht nachgereicht wird
10. die Kenntnisnahme, dass der Stempel Eigentum der SHZ bleibt
11. mein Einverständnis, dass die SHZ berechtigt ist, die Voraussetzungen und Kriterien sowie die Gebühren für die Verlängerung der Zertifizierung in der Zukunft neu zu bestimmen. Einen Rechtsanspruch auf die Verlängerung der Zertifizierung zu den heutigen Bedingungen besteht nicht

Datum _____ Unterschrift Antragsteller _____

