

# Antrag zur Zertifizierung von Dozent\*innen



An  
**SHZ**  
**Stiftung Homöopathie-Zertifikat**  
Frauengraben 24  
89077 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) **165,00 €**
2. Gebühr für die Nachzertifizierung **rückwirkend** (jährlicher Einzug 30,00 €) **60,00 €**

**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.

Zertifizierung als Therapeut\*in durch die SHZ (Zertifikats-Nummer) \_\_\_\_\_

oder

Zertifizierung als Therapeut\*in durch die SHZ beantragt am \_\_\_\_\_

## Voraussetzungen für die Anerkennung

1

### Zertifizierung als Therapeut\*in (SHZ-Zertifizierung)

Therapeut\*innen mit gleichwertiger Zertifizierung (z.B. BKHD oder DZVhÄ) oder mit langjähriger homöopathischer Praxistätigkeit können die SHZ-Zertifizierung beantragen. Die Gebühren hierfür entnehmen Sie bitte der entsprechenden Gebührentabelle.

2

### Mindestens 5 Jahre Praxiserfahrung

### Mindestens 200 UE Erfahrung in der Erwachsenenbildung (auch in homöopathiefremden Gebieten)

Anerkannt werden folgende Tätigkeiten:

- Dozententätigkeit
- Leitung von Arbeitskreisen und Lehrgruppen
- Moderations- und Trainingstätigkeiten

3

**Nachweise: Bescheinigungen der jeweiligen Einrichtung, Unternehmen oder Organisationen bzw. Plausibilitätsnachweis z.B. bei eigenen Ausbildungsbetrieb o.ä.**

4

**Mindestens 30 UE Aus- oder Fortbildung zu Themen entsprechend der Fortbildungskriterien der SHZ für Dozent\*innen**

**Ersatzweise: Nachweis einer pädagogisch-didaktischen Ausbildung z.B. als Lehrer\*in, Kommunikationstrainer\*in, pädagogische Fortbildung im betrieblichen, sozialen oder Studenumfeld, Moderator\*in o.ä.**

## Ich erkläre mit meiner Unterschrift:

1. dass meine Angaben in diesem Antrag und den beigefügten Unterlagen der Wahrheit entsprechen,
2. dass die weitere Anerkennung zur SHZ-zertifizierten Dozent\*in / Supervisor\*in mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist,
3. mein Einverständnis, dass meine Antragsunterlagen bei der SHZ verbleiben,
4. mein Einverständnis, dass die Gebühr für die Bearbeitung der Unterlagen eingezogen wird, sobald diese geprüft sind, auch bei Nicht-Zertifizierung oder Rückzug der Bewerbung,
5. mein Einverständnis, dass die Gebühr für den zurückliegenden Zertifizierungszeitraum eingezogen wird. Die Gebühr wird jährlich fällig, unabhängig von der Einreichung der Fortbildungsnachweise,
6. mein Einverständnis, dass ich mich mit Erhalt des Zertifikats verpflichte:
  - a. für eine qualitative homöopathische Arbeitsweise entsprechend der Verpflichtungserklärung für Therapeut\*innen zu arbeiten,
  - b. dass ich jährlich 4 Unterrichtseinheiten (UE) á 45 Minuten pro Jahr für Dozent\*innen und / oder 4 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten pro Jahr für Supervisor\*innen laut den auf Seite 6 genannten Anerkennungskriterien wahrnehmen werde. Diese werden auf die erforderlichen 30 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten Fortbildungszeit für Therapeut\*innen angerechnet. 8 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten an klinischer Fortbildung für Therapeut\*innen sind auch von Dozent\*innen / Supervisor\*innen zu erbringen,
8. mein Einverständnis, dass mein Name und meine Anschrift in der SHZ-Dozenten-/ Supervisorenliste veröffentlicht wird,
9. mein Einverständnis, dass mein Name aus der SHZ-Dozenten-/ Supervisorenliste gestrichen und der Stempel entzogen wird:
  - a. bei Entzug der Therapie-Erlaubnis durch den Staat,
  - b. wenn nicht im Sinne der o.g. Kriterien therapiert oder gelehrt wird,
  - c. wenn der Nachweis der Fortbildung nicht erbracht wird und ohne Angabe von Gründen (bspw. Schwangerschaft, lange Krankheit) auch nach Erinnerung nicht nachgereicht wird,
10. mein Einverständnis, dass die SHZ berechtigt ist, die Voraussetzungen und Kriterien sowie die Gebühren in der Zukunft zu aktualisieren. Einen Rechtsanspruch auf die Verlängerung der Zertifizierung zu den heutigen Bedingungen besteht nicht,
11. die Ethik-Richtlinien gelesen zu haben. Ich erkenne sie an und verpflichte mich mit meiner Unterschrift, diese einzuhalten, um damit einen angemessenen und würdigen Rahmen für meine berufliche Tätigkeit zu schaffen.

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller\*in

# 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



## Nachweis von mindestens 30 UE Aus- oder Fortbildung zu Themen entsprechend der Fortbildungskriterien der SHZ für Dozent\*innen

Entsprechende Nachweise/Bescheinigungen bitte beifügen.

Ersatzweise: Nachweis einer pädagogisch-didaktischen Ausbildung z.B. als Lehrer\*in, Kommunikationstrainer\*in, pädagogische Fortbildung im betrieblichen, sozialen oder Studenumfeld, Moderator\*in o.ä.

Datum der FB	Genauere Bezeichnung der Fortbildung	UE á 45 Min.

## Anerkennung von Fortbildungen für Dozent\*innen aus den Bereichen

- Homöopathische Methodik <sup>1)</sup> (Anamnesetechnik, Methoden der Mittelfindung, Case-Management)
- Schwierige Behandlungssituationen (Psychiatrische Fälle, Traumata, Notfälle, Palliativmedizin)
- Supervisionsmethodik
- Gesprächsführung
- Praxismanagement
- Kollegiale Intervention <sup>2)</sup>
- Reflexion, Feedback <sup>3)</sup>
- Patientenführung <sup>3)</sup>
- Psychotherapeutische Fortbildung
- Kommunikationsebenen
- Motivation
- Rhetorik, Körpersprache
- Arbeiten mit Gruppen
- Externe Supervision <sup>3)</sup>
- Unterrichtsplanung und -gestaltung (Methodik, Didaktik, kreative Methoden)
- Präsentationstechnik, Visualisierung
- Qualitätsmanagement in der Ausbildung
- Validierung von Lernerfolgen
- Lernen, Lerntechniken, Memorisierung

<sup>1)</sup> Anerkennung für Dozenten- und Supervisoren-Fortbildung, wenn das methodische Thema im Zentrum der Fortbildung steht.

<sup>2)</sup> Ausführliche schriftliche Dokumentation. Keine Fortbildung allein über kollegiale Intervention. Mindestens alle 2 Jahre ist eine klassische Fortbildung nachzuweisen!

<sup>3)</sup> Fortbildungen für Supervisor\*innen, die sich primär auf psychologische Aspekte der Supervision beziehen, werden nur anerkannt, wenn sie von entsprechend qualifizierten Dozent\*innen durchgeführt werden (ausgebildete Supervisor\*innen, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen o.ä.)

## 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 Supervisor\*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.