

APLIKACIJA ZA REAKREDITACIJU

KOGNITIVNO-BIHEJVIOURALNIH TERAPEUTA U BOSNI I HERCEGOVINI

Tabela 1: Osnovne informacije

Ime i prezime:	
Obrazovanje:	
Zvanje:	
Adresa:	
Poslodavac ili privatna praksa (naziv i adresa):	
Radno mjesto:	
Telefon na poslu:	
Drugi kontakt telefon:	
E-mail:	

Tabela 2: Prethodna akreditacija

Broj prethodnog akreditacionog sertifikata:	
Datum izdavanja prethodnog akreditacionog sertifikata:	

Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da kandidat obavi sljedeće aktivnosti tokom perioda od pet godina od prethodne akreditacije do reakreditacije:

1. Učestvuje u najmanje 50 sati dodatnog osposobljavanja na radionicama, seminarima i supervizijskim/intervizijskim susretima kako bi dokazao održavanje kontinuiranog profesionalnog razvoja, od čega najmanje 10 sati moraju biti individualne supervizije audio/video snimaka seansi (dokaz: potpisana izjava supervizora), a period između dvije individualne supervizije ne smije biti veći od godinu dana kako bi dokazao redovnu kliničku superviziju.
2. Objavi najmanje jedan članak (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu/zborniku radova ili objavi psihoedukativnu publikaciju (brošura, priručnik, booklet i sl.), poglavlje u knjizi, knjigu, popularni članak u novinama ili na internetskom portalu na temu KBT-a ili da održi javno predavanje za građane s ciljem popularizacije KBT-a kako bi dokazao teorijski i/ili istraživački rad.
3. Najmanje 10% ukupnog profesionalnog rada mora biti u oblasti kognitivno-bihevioralneterapije (dokaz: potpisana izjava da se u svojem radu koristi principima bihevioralno-kognitivne terapije).

Sve navedene aktivnosti ili uslovi za reakreditaciju odnose se na oblast kognitivno-bihevioralne terapije.

Aplikacija za reakreditaciju podnosi se u periodu od dva do tri mjeseca prije isteka prethodne akreditacije.

* Ako kandidat ne podnese aplikaciju za reakreditaciju u predviđenom periodu ili ako u periodu od pet godina od dobijanja prethodne akreditacije ne uspije da zadovolji kriterijume za reakreditaciju, primjenjuju se posebni kriterijumi za reakreditaciju definisani pod tačkom 4.4 Akreditacione šeme.

Bazično profesionalno obrazovanje

Koje je Vaše bazično profesionalno obrazovanje ili kvalifikacija tokom kojeg ste stekli osnova znanja i vještine iz psihoterapije? (Kognitivno-bihevioralna terapija nije bazična profesija već modalitet).

Molimo označite jednu od profesija za koju ste kvalifikovani.

☐ Psihologija

☐ Medicina

Tabela 3: Akademske i profesionalne kvalifikacije stečene u periodu od prethodne akreditacije

(Navedite samo kvalifikacije koje se odnose na bazičnu profesiju)

Period obrazovanja (od – do)	Kvalifikacija	Institucija

* Navedite dodiplomsko i postdiplomsko obrazovanje (npr. diplomski/master studij, magistarski studij, doktorski studij, specijalizaciju, itd.). Ne navodite kurseve, radionice, seminare i slično.

** Uz aplikaciju morate dostaviti diplome koje ste stekli u periodu od prethodne akreditacije. Nemojte slati originale.

Tabela 4: Profesionalno iskustvo u periodu od prethodne akreditacije

Period zaposlenja (od – do)	Poslodavac ili privatna praksa (naziv i adresa)	Radno mjesto

* Navedite sva zaposlenja koja dokazuju praktičan rad sa klijentima / pacijentima.

Tabela 5. Praćenje supervizija i intervizija od prethodne akreditacije
(Navedite hronološki sve grupne i individualne supervizije i intervizije KBT prakse)

[illegible]

* Kriterijumi za reakreditaciju zahtijevaju učestvovanje u najmanje 50 sati dodatnog osposobljavanja na radionicama, seminarima i supervizijskim/intervizijskim susretima, od čega najmanje 10 sati moraju biti individualne supervizije audio/video snimaka seansi (dokaz: potpisana izjava supervizora), a period između dvije individualne supervizije ne smije biti veći od godinu dana kako bi dokazao redovnu kliničku superviziju.

Ukupni sati supervizije:

Tabela 6. Dodatno KBT osposobljavanje od prethodne akreditacije
(Navedite sve seminare, radionice, predavanja koja ste pohađali)

Datum	Naziv	Predavač / trener	Organizator / izdavač sertifikata	Broj sati

* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju učestvovanje u najmanje 50 sati dodatnog osposobljavanja na radionicama, seminarima i supervizijskim/intervizijskim susretima

** Priložite kopije sertifikata ili potvrda o pohađanju. Nemojte slati originale.

Ukupni sati kontinuiranog treninga:

Tabela 7. Objavljeni stručni članci od prethodne akreditacije

Datum	Autori	Naslov rada, naziv naučnog ili stručnog časopisa ili zbornika radova

* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da se objavi najmanje jedan članak (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu/zborniku radova ili da se objavi psihoedukativna publikacija (brošura, priručnik, booklet i sl.), popularni članak u novinama ili na internetskom portalu na temu KBT-a, poglavlje u knjizi, knjigu ili da se održi javno predavanje za građane s ciljem popularizacije KBT-a kako bi dokazao teorijski i/ili istraživački rad.

** Priložite kopije stručnih članaka, poglavlje u knjizi ili naslovnice knjige sa vidljivim sadržajem i registracijskim brojem. Ukoliko ste autor prezentacije priložite poziv i dnevni red prezentacije Svi objavljeni materijali trebaju biti naučno utemeljeni i sadržavati reference. Nemojte slati originale.

Tabela 8. Prezentacije na stručnim skupovima od prethodne akreditacije

Datum	Autori	Naslov rada, skup ili kongres, način izlaganja (usmeno saopštenje, poster prezentacija, i sl.)

* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju objavu najmanje jednog članka (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu ili zborniku radova, poglavlje u knjizi ili knjigu ili sprovođenje najmanje dvije prezentacije s ciljem popularizacije KBTa.

** Priložite kopije apstrakta, poglavlja knjige, naslovnice knjige ili potvrde o učestvovanju. Svi objavljeni materijali trebaju biti naučno utemeljeni i sadržavati reference. Nemojte slati originale.

Tabela 9: KBT praksa od prethodne akreditacije

(Navedite podatke o svojoj KBT praksi, uključujući informacije o klijentima i obliku terapije)

Period (od-do)	Radno mjesto	Poslodavac ili privatna praksa	Vrsta klijenata	Oblik terapije	Broj sati KBT prakse sedmično	% KBT ukupnog radnog vremena

* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da najmanje 10% ukupnog profesionalnog rada mora biti u oblasti KBT

** Navedite informacije o KBT praksi od prethodne akreditacije do trenutka apliciranja za reakreditaciju (radno mjesto; poslodavac/privatna praksa; vrsta klijenata: npr. djeca, adolescenti, odrasli, stari; oblik terapije: individualni rad, parovi, grupe; sati u toku sedmice: navedite stvarni broj sati KBT prakse i naznačite postotak u odnosu na cjelokupno radno vrijeme. Navedite i KBT praksu izvan stalnog zaposlenja, npr. volonterski ili rad na osnovu ugovora koji uključuje KBT.

Izjava:

Svojim potpisom potvrđujem da je najmanje 10% mog ukupnog profesionalnog rada u periodu od prethodne akreditacije bilo u oblasti kognitivno-bihevioralne terapije i da su svi navedeni i priloženi podaci istiniti.

Datum:

Potpis: