



Fachtitel OdA ARTECURA

Gesuch Qualifizierung

Version 2025

Inhaltsverzeichnis

Antragsformulare	3
1. Persönliche Daten	3
2. Antrag Fachtitel	4
3. Nachweise Kunsttherapeutische Lehrtherapie	5
4. Nachweise Kunstorientierte Supervision	7
5. Nachweise Kunsttherapeutisches Mentorat	8
6. Gebühren	9

Bitte das Antragsdokument (pdf) mit Beilagen elektronisch über artecura-check.ch (Login erstellen) einreichen

Herausgeber

Organisation der Arbeitswelt ARTECURA, Oda ARTECURA
© 2017/2020/2022/2024/2025 Oda ARTECURA
Jede Verwendung oder Reproduktion ausserhalb der Zweckbestimmung ist untersagt

Adresse

Geschäftsstelle Oda ARTECURA
Susanne Bärlocher
Rainweg 9H | 3068 Utzigen
Tel. 071 330 01 00 | www.artecura.ch | info@artecura.ch

Ein grammatikalischer Genus bezieht sich in diesem Dokument weder auf das biologische Geschlecht noch auf eine Genderidentität, bzw. schliesst alle ein

Antragsformulare

Bitte die folgenden Antragsformulare als pdf mit Beilagen elektronisch über artecura-check.ch
(Login erstellen) einreichen

1. Persönliche Daten

Name / Vorname

Geburtsdatum

Nationalität/Sprachen

Beruf

Post - Adresse

.....

Telefon Privat

Telefon Praxis/Institution

Natel

E-Mail

Website

**Mitgliedschaft Berufs-
verband der
Oda ARTECURA**
(Nachweis beilegen)

2. Antrag Fachtitel

Ich beantrage die Anerkennung für nachstehende Fachtitel (ankreuzen):

Lehrtherapeut/in OdA ARTECURA	
Supervisor/in OdA ARTECURA	
Mentor/in OdA ARTECURA	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller folgenden Angaben:

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift:

3. Nachweise Kunsttherapeutische Lehrtherapie

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweis Nr.
LT – 1 Eidgenössisches Diplom in Kunsttherapie			
LT – 2* Nachweis über 5 Jahre kunsttherapeutische Berufserfahrung von mindestens 50% (=2'350 h)			
LT – 3 Nachweis kunsttherapeutischer Weiterbildung im Umfang von mindestens 50 Std. in den letzten 5 Jahren oder Anerkennung EMR/ASCA in den letzten 5 Jahren			
LT – 4 Nachweis Einzelsupervision im Umfang von 25 Stunden oder Gruppensupervision/Intervision im Umfang von 40 Stunden in den letzten 5 Jahren			

*** Nachweis über 5 Jahre kunsttherapeutische Berufserfahrung für selbständigerwerbende Kunsttherapeutinnen (für Angestellte gilt eine Arbeitsbestätigung)**

Jahr	Umsatz in CHF	Tarif/h in CHF	Anzahl Therapiesitzungen	OdA anerkannt (leer lassen)

Für Selbständige

Nachweis des Umfangs der Arbeitstätigkeit durch Jahresabschlüsse (Buchhaltung) oder andere geeignete Dokumente wie Therapiejournale usw.

Definitionen

Berufspraxis = kunsttherapeutische Berufserfahrung

Als 100% Arbeitspensum gilt für Kunsttherapeutinnen eine Kontaktzeit mit der Klientel von 20h pro Woche in selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit

Bitte beachten Sie, dass die Qualitätssicherungskommission zur Durchführung von regelmässigen Stichproben verpflichtet ist. Die zur Berechnung herangezogenen Dokumente müssen einem Mitglied der Kommission vorgelegt werden. Das Kommissionsmitglied ist zur Vertraulichkeit bezüglich der eingesehenen Tatsachen verpflichtet.

4. Nachweise Kunstorientierte Supervision

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweis Nr.
SP – 1 Eidgenössisches Diplom in Kunsttherapie			
SP – 2 QSK OdA ARTECURA anerkannte Ausbildung in Supervision <i>oder</i>			
50 Std. fachbezogene Weiterbildung in Supervision			
SP – 3 Ich besitze Kenntnisse folgender kunsttherapeutischer Methoden			
SP – 4 Nachweis fachbezogener (supervisorisch, beraterisch, kunsttherapeutisch) Weiterbildung im Umfang von mindestens 50 Std in den letzten 5 Jahren			
SP – 5 Nachweis Einzelsupervision im Umfang von 25 Stunden oder Gruppensupervision/Intervision im Umfang von 40 Stunden in den letzten 5 Jahren <i>oder</i> Nachweise entsprechender Qualitätssicherung BSO			

5. Nachweise Kunsttherapeutisches Mentorat

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweis Nr.
MT – 1 QSK OdA ARTECURA anerkannter Abschluss in Kunsttherapie			
MT – 2 Kunsttherapeutische Berufserfahrung von mind. 3 Jahren à 50% oder 5 Jahren à 30%			
MT – 3 Nachweis kunsttherapeutischer Weiterbildung im Umfang von mindestens 50 Std.in den letzten 5 Jahren oder Anerkennung EMR/ASCA in den letzten 5 Jahren			

Ich bestätige, dass ich zu einer engen Zusammenarbeit mit den Methodenausbildern und der QSK OdA ARTECURA bereit bin:

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift:

6. *Gebühren*

Das Verfahren ist gebührenpflichtig