



## **Fachtitel Oda ARTECURA**

### **Gesuch Requalifizierung**

Version 2024

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Persönliche Daten	3
2. Art des Fachtitels	4
3. Kriterien	5
4. Nachweise Kunsttherapeutische Lehrtherapie	5
5. Nachweise Kunstorientierte Supervision	6
6. Nachweise Kunsttherapeutisches Mentorat	7
7. Gebühren	8

*Bitte das Antragsdokument (pdf) mit Beilagen elektronisch über [artecura-check.ch](https://artecura-check.ch) (Login erstellen) einreichen*

### **Herausgeber**

Organisation der Arbeitswelt ARTECURA, OdA ARTECURA  
© 2017/2020/2022/2024 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](https://www.artecura.ch) | [info@artecura.ch](mailto:info@artecura.ch)

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

## 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. Art des Fachtitels

Ich beantrage die Requalifizierung 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. Kriterien

Fachtitel	Art der Requalifizierung	Anzahl Stunden
Lehrtherapeut/in OdA ARTECURA	Weiterbildung	30
	Einzel-Supervision	15
	oder Gruppen-Supervision/Intervision	24
Supervisor/in OdA ARTECURA	Weiterbildung  Teilnahme an mind. 4 von 6 Qualitätszirkeln	30  min. 10
Mentor/in OdA ARTECURA	Weiterbildung	30

### 4. Nachweise Kunsttherapeutische Lehrtherapie

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweise Nr.
<b>LT – 1</b> Nachweis kunsttherapeutischer Weiterbildung im Umfang von mindestens 30 Std. in den letzten 3 Jahren oder Anerkennung EMR/ASCA in den letzten 3 Jahren			
<b>LT – 2</b> Nachweis Einzelsupervision im Umfang von 15 Stunden oder Gruppensupervision/Intervision im Umfang von 24 Stunden in den letzten 3 Jahren			

## 5. Nachweise Kunstorientierte Supervision

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweise Nr.
<b>SP – 1</b> Nachweis fachbezogener (supervisorisch, beraterisch, kunsttherapeutisch) Weiterbildung im Umfang von mindestens 30 Std in den letzten 3 Jahren			
<b>SP – 2</b> Nachweis der Teilnahme an mindestens 4 von 6 Qualitätszirkeln à je 2,5h (s. unten)  <b>Name des Qualitätszirkels</b> .....  <b>Liste der Teilnahmebestätigungen:</b> (Alle Bestätigungen mit Ort, Datum und Unterschrift der Moderator_in)			

Die OdA ARTECURA organisiert unter den Fachtitelinhaber\_innen Qualitätszirkel zur qualitativen Weiterentwicklung kunstorientierter Supervision.

Nähere Informationen zur Durchführung der Qualitätszirkel siehe Merkblatt: *Qualitätszirkel Kunstorientierte Supervision* auf [www.artecura.ch](http://www.artecura.ch)

Zur Requalifizierung als Supervisorin OdA ARTECURA muss an mindestens 4 von 6 Qualitätszirkeln in 3 Jahren teilgenommen werden. Die Gruppen führen eine Präsenzliste mit dem Namen des Qualitätszirkels, Ort, Datum und Unterschrift der Moderation, die als Teilnahmebestätigung (s.o.) gilt.

Falls in einer Periode von 3 Jahren an mehr als 4 Qualitätszirkeln teilgenommen wurde, kann der Überschuss einmalig in die folgende Periode übertragen werden. Falls in einer Periode an weniger als 4 Qualitätszirkeln teilgenommen wurde, kann das Minus einmalig durch Teilnahme an mehr als 4 Qualitätszirkeln ausgeglichen werden.

## 6. Nachweise Kunsttherapeutisches Mentorat

Diplome und Nachweise	Bezeichnung	Datum	Nachweise Nr.
<b>MT – 1</b> Nachweis kunsttherapeutischer Weiterbildung im Umfang von mindestens 30 Std.in den letzten 3 Jahren oder Anerkennung EMR/ASCA in den letzten 3 Jahren			

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

Ort, Datum: .....

Name, Vorname: .....

Unterschrift: .....

## 7. *Gebühren*

Die Requalifizierung ist gebührenpflichtig