|  |  |
| --- | --- |
| S:\Print\423_Markenpakete\Extern\AAM\AAM-Wortmarke-Schmal\Farbig\Web\AAM-Wortmarke-Schmal-Farbig-RGB-300dpi.png | S:\Print\423_Markenpakete\Extern\AAM\AAM-Bildmarke\Farbig\Web\AAM-Bildmarke-Farbig-RGB-300dpi.png |

**Netzwerk Aus- und Weiterbildung**

**Antrag auf Akkreditierung**einer Modul-basierten Ausbildung in Anthroposophischer Medizin (MBA)

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR VOLLSTÄNDIG AUS

|  |
| --- |
| **1. Allgemeine Informationen** |

**1.1 Name der Veranstaltung**

|  |
| --- |
| ... |

**1.2 Ausbildende Institution**

|  |
| --- |
| ... |

**1.3 Kontaktdaten**(Adresse, Tel., Fax, E-Mail, URL)

|  |
| --- |
| ... |

**1.4 Ausbildungsverantwortliche/r**(mit Anerkennung Anthroposophischer Arzt – GAÄD od. international)

|  |
| --- |
| ... |

**1.5 Ansprechpartner/in für die Akademie GAÄD**

|  |
| --- |
| ... |

**1.6 Ausbildungsziel**(Aus-, Weiter-, Fortbildung)

|  |
| --- |
| ... |

**1.7 Ausbildungsformat**(Vollzeit, Blöcke, Wochenenden, berufsbegleitend)

|  |
| --- |
| ... |

**1.8 Zielgruppe**(Studenten, Ärzte, Fachärzte, Andere)

|  |
| --- |
| ... |

**1.9 Eingangsvoraussetzungen**(z.B. Approbation)

|  |
| --- |
| ... |

|  |
| --- |
| **2. Konzept** |

**2.1 Beantragte / bewilligte Fortbildungspunkte der LÄK**

|  |
| --- |
| ... |

**2.2 In der Ausbildung vermittelte Stufen und Stunden**(s. Anerkennungsordnung der GAÄD, 15. Fassung, Abschnitt B)

|  |  |
| --- | --- |
| Ausbildungsstufen | geschätzte Stundenzahl à 45 min |
| Stufe A Einführung | ... |
| Stufe B Grundkurs | ... |
| Stufe C therapeutische Praxis | ... |

Die hier angegebenen Stunden spiegeln die Unterrichtszeit (Kontaktzeit; max. 250h [30h A, 120h B, 100h C]) und umfassen 1:1 die zur Anerkennung vorausgesetzte Eigenarbeit (max. 250h). Eigenarbeit ist z.B. Teamarbeit zwischen Kurseinheiten, Vorbereitung von Fallvorstellungen, Literaturstudium, Übungsempfehlungen der Ausbildungsleiter/innen, künstlerische oder meditative Übungen.  
Bitte listen Sie stichpunktartig Formen der Eigenarbeit auf, die in der Veranstaltung genutzt werden:

|  |
| --- |
| ... |

**2.3 Anteile „mentorierte Praxis“**(s. Anerkennungsordnung der GAÄD, 15. Fassung, Abschnitt D)

|  |
| --- |
| geschätzte Stundenzahl à 45 min |
| ... |

**2.4 Curriculum-Konzept**(Findet die Veranstaltung im Rahmen eines langfristigen Gesamtkonzeptes statt? Kurze Skizze)

|  |
| --- |
| ... |

**2.5 Vermittelte Kompetenzen**

|  |
| --- |
| ... |

**2.6 Teilnahmebescheinigung /Prüfung / Zertifikat**(Muster, wenn möglich, beilegen)

|  |
| --- |
| ... |

|  |
| --- |
| **3. Strukturen und Ressourcen** |

**3.1 Ausbildende / Dozenten**(Qualifikationen)

|  |
| --- |
| ... |

**3.2 Kooperationen**(z.B. mit anderen Ausbildungsinstitutionen, Herstellerfirmen u.a.)

|  |
| --- |
| ... |

**3.3 Geplante Teilnehmerzahlen**

|  |
| --- |
| ... |

**3.4 Teilnahmegebühren**

|  |
| --- |
| ... |

|  |
| --- |
| **4. Qualitätssicherung** |

**4.1 Instrumente zur Evaluation der Ausbildungsqualität**

Selbstevaluation

externe Evaluation

Teilnehmerfragebögen

Andere (wenn ja, welche?)

|  |
| --- |
| ... |

**4.2 Netzwerke**

Der/Die Ausbildungsverantwortliche/n oder Vertreter nimmt/nehmen an der „Ausbildertagung“ (Teach the teachers) der Medizinischen Sektion am Goetheanum teil

Der/Die Ausbildungsverantwortliche/n oder Vertreter nimmt/nehmen die Arbeitsergebnisse der „Ausbildertagung“ (Teach the teachers) und andere Arbeitsergebnisse zur Didaktik in der AM zur Kenntnis

Der/Die Ausbildungsverantwortliche/n oder Vertreter nimmt/nehmen am Netzwerk Aus- und Weiterbildung der Akademie Anthroposophische Medizin GAÄD teil. Dies beinhaltet:

Teilnahme an den jährlichen Akademietagen

Kontakt mit dem/r Ausbildungsbeauftragten der GAÄD

Mitwirkung an der weitergehenden „Vernetzung Ausbildung AM“

**Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular als PDF, drucken es aus und schicken es unterschrieben an:**

|  |  |
| --- | --- |
| per Post: | Akademie GAÄD  Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.  Herzog-Heinrich-Straße 18  80336 München |
| als PDF: | [akademie@gaed.de](mailto:akademie@gaed.de) |

Ort / Datum: …

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| … |  |  |
| Ausbildungsverantwortliche/r |  | Unterschrift |