



**ZUSAMMENSTELLUNG DER NACHWEISE FÜR DIE RE-ZERTIFIZIERUNG**

Bitte bedenken Sie, dass **mind. 20 Std. (à 60 Min)** aus den Punkten 1 - 3 nachgewiesen werden müssen. Die **restlichen 30 Std. (à 60 Min.)** können auch aus den weiteren Bereichen zusammengestellt werden. Bei der Re-Zertifizierung eines K&J-Zertifikates sollten mind. 50 % der Nachweise aus dem K&J-Bereich kommen.

**Bitte reichen Sie Ihre Unterlagen zur Prüfung bei einem/einer anerkannten EMDR-Supervisor/in ein. Für die Re-Zertifizierung schicken Sie bitte nur dieses von Ihrem/Ihrer Supervisor/in unterschriebene Deckblatt an EMDRIA Deutschland, Am Born 19, 22765 Hamburg**

Zeitgleich überweisen Sie bitte die Bearbeitungsgebühr von 75,- € an EMDRIA, IBAN DE73500100600474117601

	eingereichte Nachweise	max. anzurechnende Stundenzahl	tatsächlich eingereichte Stunden	Nachweis erbracht und vom Supervisor/in durch Unterschrift bestätigt
1	Spezielle EMDR-Fortbildungen	50		
2	nationale EMDRIA-Tage und internationale EMDR-Konferenzen ausgerichtet von anerkannten EMDR-Organisationen	50		
3	EMDR-Supervisionen bei anerkannten EMDR-SupervisorInnen EINE EINZEL-SUP-STD ENTSPICHT 1,5 GRUPPEN-SUP-STD	50		
4	Präsentationen auf EMDRIA-Tagungen und/oder EMDR-Lehrtätigkeit	10		
5	EMDR-Forschungsaktivitäten: Klin. Forschung und Beiträge zur Weiterentwicklung von EMDR auf regionaler, nationaler oder internat. Ebene	10		
6	Lesen von EMDR-Fachliteratur nach Selbstauskunft	10		
7	Intervisionsgruppe mit mind. 1 anderen zert. EMDR-Therapeuten/in (Name, Praxisort, Unterschrift)	10		
Insgesamt eingereichte Stunden				

**NAME UND ADRESSE DES/DER ANTRAGSTELLERS/ANTRAGSTELLERIN:**

Hiermit bestätige ich, dass oben genannter/e Antragsteller/in ausreichend Nachweise für die Re-Zertifizierung seines/ihrer EMDRIA-Zertifikates als EMDR-Therapeut/in, EMDR-Therapeut/in für K&J, EMDR-Supervisor/in, EMDR-Supervisor/in für K&J (unzutreffendes bitte streichen) vorgelegt hat.

**NAME UND UNTERSCHRIFT DES/DER SUPERVISORS/IN**

**Supervisoren/innen können ihre Unterlagen auch direkt bei der Geschäftsstelle von EMDRIA einreichen**

BLATT 1 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 1: Spezielle EMDR-Fortbildungen**

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 1 einreichen möchten hinter dieses Blatt

BLATT 2 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 2: Nationale EMDRIA-Tage und Internationale EMDR-Konferenzen** ausgerichtet von  
anerkannten EMDR-Organisationen

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 2 einreichen möchten hinter dieses Blatt

BLATT 3 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 3: EMDR-Supervisionen** bei anerkannten EMDR-Supervisoren/innen EINE EINZEL-  
SUPERVISIONSSTUNDE ENTSPICHT 1,5 GRUPPEN-SUPERVISIONSSTUNDEN

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 3 einreichen möchten hinter dieses Blatt

BLATT 4 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 4: Präsentationen auf EMDRIA-Tagungen und/oder EMDR-Lehrtätigkeit**

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 4 einreichen möchten hinter dieses Blatt

BLATT 5 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 5: EMDR-Forschungsaktivitäten:** Klin. Forschung und Beiträge zur Weiterentwicklung von EMDR  
auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 5 einreichen möchten hinter dieses Blatt

BLATT 6 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 6: Lesen von EMDR-Fachliteratur**

Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 5 Jahren mind. 10 Stunden EMDR-Fachliteratur  
gelesen habe

---

Unterschrift

BLATT 7 für eingereichte Nachweise ZUR ÜBERPRÜFUNG DURCH DIE SUPERVISOREN/INNEN  
**Punkt 7: Interventionsgruppe** mit mind. 1 anderen zert. EMDR-Therapeuten/in

Bitte heften Sie alle Unterlagen, die Sie zu Punkt 6 einreichen möchten hinter dieses Blatt

Hiermit bestätige ich, dass ich mich mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einer gemeinsamen Interventionsgruppe befinde.

---

Name

Praxisort

Unterschrift