**SØKNAD OM GODKJENNING SOM PSYKOTERAPIVEILEDER I KOGNITIV ATFERDSTERAPI (KAT) i barne- og ungdomspsykiatri**

**Se retningslinjer for godkjenning**

A:

|  |  |
| --- | --- |
| NAVN: | FØDT: |
| Adresse: | Postnr./Sted: |
| MOBIL: | E-post: |
| Godkjent spesialist (år) | Kopi av godkjenning: |

B:

**KRAV:**

**Sett en hake ved relevant rad (er) og legg ved attester, hhv bekreftede kopier av attester:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Det skal foreligge attest over 7 års klinisk psykiatrisk tjeneste, herav minst 5 år klinisk tjeneste med barn og ungdom. Søker må være godkjent spesialist i barne- og ungdomspsykiatri.   ATTEST NR: |
|  | Det skal foreligge attest for 2-årig innføringsseminar for leger og psykologer i kognitiv atferdsterapi for barn og unge (KAT)  ÅRSTALL: |
|  | Minst 1 års praksis i kognitiv atferdsterapi med barn og unge etter godkjenning som kognitiv terapeut av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT).  ATTEST NR: |
|  | 2-årig veilederutdanning i regi av Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi (NIKT), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBUP) eller tilsvarende.  ATTEST NR: |
|  | Det forutsettes at man som godkjent veileder selv har tilknytning til et fagmiljø (deltagelse i kurs, møter eller kollegial gruppe) for kognitiv atferdsterapi. |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato | Underskrift: |

Søknaden sendes til: Den norske legeforeningen, postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

**NB! ALLE OPPLYSNINGER I PUNKT A OG B MÅ DOKUMENTERES MED ATTESTER (BEKREFTET RETT KOPI)**