

Demande de Certification en tant que « Hypnothérapeute SHYPS »

Nous vous prions de remplir complètement le formulaire. Toutes les données fournies doivent être validées par des copies des justificatifs. Numérotés s.v.p. ces documents-justificatifs, et donnez-leur dans le questionnaire la place correspondante.

Si vous désirez figurer sur la liste des thérapeutes SHYPS, remplissez également cette demande. Sauf avis contraire de votre part, votre nom apparaîtra aussi automatiquement sur la liste publiée sur notre site www.hypnose.ch. Depuis 2009, cette publication entraîne une contribution annuelle de CHF 100.-.

Les conditions requises pour figurer sur la liste des thérapeutes sont: l'expérience clinique suffisante (au moins 3 ans de pratique dans son domaine de spécialisation et activité pratique continue), formation de base en psychothérapie menée à bien, Séminaires de base et Séminaires thérapeutiques de la SHYPS achevés, supervision et expérience personnelle au minimum commencée, qualité de membre de la SHYPS, ainsi que le parrainage de deux membres SHYPS parmi les membres du comité ou des commissions, parmi les superviseurs ou les formateurs.

Au bout de trois ans, la certification SHYPS ou une attestation de formation complémentaire en hypnose médicale SMSH/SHYPS est requise afin de continuer à figurer sur la liste des thérapeutes SHYPS (voir les conditions de formations annexées).

Je demande :

- la certification SHYPS
 l'inscription sur la liste des thérapeutes SHYPS

Renvoyer ce formulaire dûment rempli, complété par les justificatifs ainsi que le récépissé de paiement au :

Secrétariat SHYPS, Carmen Beutler, Bernstrasse 103 A, 3052 Zollikofen

La Commission d'équivalence statue deux fois par an sur les demandes reçues. La certification se déroule le cas échéant lors de l'AG. Le dernier délai d'envoi avant l'AG est mi-décembre.

Tarif de la certification : CHF 200.- payable d'avance sur le compte postal 30-11663-7 (IBAN CH03 0900 0000 3001 1663 7) (Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz und Hypnotherapie, GHYPS, 8008 Zürich). Veuillez joindre une copie du récépissé à votre demande.

Données personnelles

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Profession: _____

Titre (FMH, FSP, ASP etc.): _____ évent. no membre FMH _____

Travaillez-vous

en cabinet privé? oui / **délégué?** oui / dans le cadre d'une institution? oui

Adresse professionnelle (Au cas que vous travaillez en même temps dans un cabinet privé que dans une institution où vous pouvez accueillir des patients, veuillez copier cette feuille et y mettre l'adresse de l'institution. Dans ce cas, deux enregistrements sont possibles)

Employeur/Fonction: _____

Adresse (Institution/délégué par): _____

Rue: _____

CP/Ville: _____

Tél.: _____ Fax _____ E-Mail: _____

Adresse privée

Rue _____

NPA/Ville: _____

Tél.: _____ Fax _____ E-Mail: _____

(Marquez d'une croix s.v.p. l'adresse de correspondance préférée)

Je travaille avec des techniques d'hypnose oui non

Je peux recevoir des client-e-s/patients oui non

Droit de pratique oui non No Doc.:

Certificat SHYPS (si obtenu), Date: _____ No Doc.:

1. Formation scientifique principale en Psychologie respect. Médecine

Université _____

Année du diplôme: _____ Titre académique: _____

Branche principale: _____

Branches secondaires: _____

2. Pratique clinique

Institution	Fonction / Domaine de compétence	Quand	Durée	Degré d'occupation

3. Formation FSP / Formation FMH

No Doc.:

Orientation principale	Diplôme obtenu/ Année

Autres orientations	Diplôme obtenu/ Année

6.3 Intervisions en Hypnose

(Notez s.v.p. d'une * les participants qui sont certifiés SHYPS, resp.SMSH, ou ont obtenu un certificat de formation complémentaire SMSH/SHYPS)

No Doc.:

Participants/Ttitre de spécialisation	tot. des part.	Date	tot. d'h.

Autres domaines de compétences, publications et domaine d'enseignement
(Faire suivre d'une * s.v.p., ceux qui touchent directement le thème de l'hypnose)

Remarques supplémentaires sur votre formation complémentaire et votre demande de reconnaissance:

Pour la demande d'inscription sur la liste des thérapeutes SHYPS:

Références de deux parrains/marraines SHYPS (Membre du comité ou des commissions, Superviseurs, Formateurs):

Genre de patients, traités avec hypnose

Enfants Adultes Couples
Groupes Adolescents Familles

Domaines d'intérêt particulier:

J'atteste ce faisant que toutes les indications données correspondent à la vérité.

Lieu/Date: _____ Signature: _____