



טופס רישום להכרה כמטפל EMDR מוסמך

אנא שלחו את פנייתכם רק לאחר שעמדתם בכל הקריטריונים.
[עמותה רשומה מס' 9-365-030-58 טל: 050-6681618](tel:050-6681618)

שם מלא _____ כתובת _____ מיקוד _____
טלפון _____ דוא"ל _____
מקצוע עיקרי _____
שם באנגלית לתעודה: _____

הקריטריונים הבאים להסמכה הינם חובה לפי הסטנדרטים האירופיים.
נא למלא ולהקיף בהתאם לשאלות.

1. האם את/ה חבר ב- EMDR-IL? כן / לא
2. האם צרפת עותק של תעודתך המתקדמת (Level 2)? כן / לא
3. האם צרפת עותקים של הרישיון/הרישום/האישור כמטפל/ת מוכר/ת ע"י משרד הבריאות? כן / לא
4. ברשותי ביטוח מקצועי? כן / לא
5. האם יש לך לפחות שנתיים ניסיון לאחר קבלת התעודה הנ"ל? כן / לא
6. כמה שנות ניסיון יש לך לאחר סיום הכשרתך ב-EMDR?
נדרשת לפחות שנה אחת לאחר הכשרת 2-level _____
תאריך סיום 2-Level _____
7. כמה טיפולי EMDR עשית? (מינימום 50) _____
בכמה קליינטים טיפלת ב-EMDR? (מינימום 25) _____ (אנא צרף טופס "רישום הטיפולים")
8. הגשת "מקרה" בוידאו + תיאור מקרה בכתב:
- האם צילמת בוידאו מהלך טיפול בין שעה? כן / לא
- האם צרפת המלצה וחתימה של המדריך אשר צפה בסרטון ומאשר העברתו לצפיית הוועדה? - כן / לא
- האם צרפת תיאור מקרה לסרטון הטיפול? כן / לא
תיאור קצר של ההיסטוריה של המטופל ושל הבעיה.
תיאור של הטיפול ותוצאותיו.
9. כמה שעות הדרכה קבלת ממדריך EMDR מוסמך?
(מינימום 20 ש') _____
לפחות 5 פגישות של הדרכה פרטנית
(פגישת הדרכה קבוצתית שווה לפגישת הדרכה פרטנית אחת)



10. * מכתב אחד ממדריך EMDR מוסמך: לגבי השימוש המקצועי שלך ב- EMDR ומספר שעות ההדרכה שקבלת כן / לא
- * מכתב המלצה נוסף בנוגע לאתיקה מקצועית? כן / לא
11. מה שם המנחה שלך? _____ וכתובת המייל
שלו? _____
12. אנא הוסף/י תחומי התעניינות מיוחדים שיופיעו בבסיס הנתונים של
ההסמכה. _____
13. אנא ספק/י עותק של ה- **CV** שלך
14. פרטים מדויקים, שם, כתובת ודרכי קשר כפי שתרצה/י שיופיעו בבסיס הנתונים של ההסמכה.
15. לצורך פרסום שמך במדור "מצא מטפל" שבאתר העמותה אנא מלא את הפרטים הבאים:
שם ושם משפחה באנגלית:
תואר:
טיפול בילדים ו-או נוער: כן/לא
שפות זרות:
16. האם יש לך ביטוח מטפל?
17. תעודה זו תקפה לחמש שנים. לאחריהן יידרש להאריך את תוקפה. לצורך כך תידרש להמציא מסמכים המתעדים התפתחות מקצועית מתמשכת.

חתימה _____ תאריך _____