



shyps Société d'Hypnose Clinique Suisse
ghyps Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz

www.hypnos.ch

Présidente: Josv Höller lic.phil. Tulpenweg 26 4900 Langenthal E-Mail josv.hoeller@besonet.ch

Secrétariat: Carmen Beutler Bernstrasse 103 A 3052 Zollikofen Tel./Fax. 031/911 47 10 E-Mail: info@hypnos.ch

Commission d'équivalence:

Franziska Bubb, lic.phil., Fluhgutstr. 33 8645 Jona Tel. P. 055 210 84 70 Tel. G. 055 211 02 11
Fax: 055 210 84 73 E-Mail: bubb.psy@bluewin.ch

Demande de <Certification en tant que Hypnothérapeute shyps>

Nous vous prions de remplir complètement le formulaire. Toutes les données fournies doivent être validé par des copies des justificatifs. Numéroter svp 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 publié sur notre site www.hypnos.ch. A partir de 2009, cette publication entrainera une contribution annuelle de CHF 50.-.

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 provisoire sur la liste shyps

Pour la demande d'une attestation de formation complémentaire en hypnose médicale SMSH/shyps, prière de demander les formulaires correspondants auprès du

Secrétariat shyps, Bernstrasse 103 A, 3052 Zollikofen, info@hypnos.ch.

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

Commission d'équivalence (CE) Franziska Bubb, lic.phil., Fluhgutstr. 33 8645 Jona

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 le mi-décembre.

Tarif de la certification: CHF 200.- Payable d'avance sur le compte postal 30-11663-7 (Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS) 4900 Langenthal). Veuillez joindre une copie du récépissé à votre demande.

Données personnelles

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Profession: _____

Titre (FMH, FSP, SPV 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 de tels 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 svp 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 |
|---------------------|-----------------------|
| | |
| | |

4. Théorie et Pratique

4.1 Formation complémentaire en hypnose / hypnothérapie

(Préciser svp: Cours de base (C), Séminaires thérapeutiques (T), Séminaires spécialisés (S)) No Doc.:

| Description du cours | Lieu/Formateurs-trices | Du | au | Tot. h |
|----------------------|------------------------|----|----|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4. Autres formations complémentaires de spécialisation et professionnelles

No Doc:

| Description du cours | Lieu/Formateurs-trices | Du | à | Tot. h |
|----------------------|------------------------|----|---|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. Expérience personnelle en hypnose et autres méthodes

5.1 En individuel auprès des psychothérapeutes suivants

No Doc.:

| Nom | Titre de spécialisation | Méthode | de | à | Tot. h | Membre SSMH /shyps? |
|-----|-------------------------|---------|----|---|--------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5.2 En groupes auprès des psychothérapeutes suivants

No Doc.:

| Nom | Titre de spécialisation | Méthode | de | à | Tot. h. | Membre SSMH /shyps? |
|-----|-------------------------|---------|----|---|---------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6. Supervision en hypnose et autres méthodes

6.1 En individuel auprès des superviseurs suivants

No Doc.:

| Nom | Titre de spécialisation | Méthode | de | à | Tot. h. | Membre SSMH /shyps ? |
|-----|-------------------------|---------|----|---|---------|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6.2 En groupes auprès des superviseurs suivants

No Doc.:

| Nom | Titre de spécialisation | Méthode | de | à | Tot. h. | Membre SSMH /shyps ? |
|-----|-------------------------|---------|----|---|---------|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6.3 Intervisions en Hypnose

(Notez svp 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 * svp, 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 de 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: _____