**ANSUCHEN ZUR(M) VERTRAGSPSYCHOLOGIN**

**FÜR KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK**

***Eintragung in die Liste des Dachverbandes der SV-Träger***

**Bundesland:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Planstelle:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname: |       | Titel: |       |
|  |  |
| Vorname: |       | Geb.-Dat.: |       |
| Wohnadresse: |  |
| PLZ: |      | Ort: |       |
|  |  |  |  |
| Straße: |       | HausNr.: |       |
| Geplante Praxisadresse: |  |
| PLZ: |      | Ort: |       |
|  |  |  |  |
| Straße: |       | HausNr.: |       |
|  |  |  |  |
| Tel.Nr.: |       /       | Mobil Nr.: |       /       |
|  |  |  |  |
| Fax Nr.: |       /       | e-Mail: |       |
|  |  |  |  |
| Datum des Studienabschlusses:\* |        |
|  |  |  |  |
| Datum und Zahl der Eintragung in die Liste der klinischen PsychologInnen des Bundesministeriums:\* | Dat.:       Zl.:       |
|  |  |  |  |
| Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, geben Sie an in welchem Ausmaß Deutschkenntnisse in Wort und Schrift vorliegen und wo Sie diese erworben haben: |  |
|  |  |
| Haben Sie im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik mit folgenden Störungsbildern bzw. Krankheitsgruppen Erfahrung? | Entwicklungsstörungen [ ]  ja [ ]  neingeriatrische Störungen [ ]  ja [ ]  neinaffektive Störungen [ ]  ja [ ]  neinPersönlichkeitsstörungen [ ]  ja [ ]  neinhirnorganische Störungen [ ]  ja [ ]  nein |
|  |  |  |  |
| Geben Sie in Prozent das Ausmaß Ihrer bisherigen diagnostischen Erfahrungen mit folgenden Altersgruppen an: |       % Erwachsene      % Kinder |
|  |  |  |  |
| **Bisherige Tätigkeit** im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik:\* *(Zeitraum/Einrichtung, in der die Tätigkeit erfolgte)* |
|  |  |  |  |
| **Von***(tt.mm.jjjj)* | **Bis***(tt.mm.jjjj)* | **Name der Einrichtung****PLZ Ort Straße Hausnr.** |
|       |       |       |
|      |       |       |       |
|       |       |       |
|      |       |       |       |
|       |       |       |
|      |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Bisherige Tätigkeit** im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik:\* *(Zeitraum/Einrichtung, in der die Tätigkeit erfolgte)* |
|  |  |  |  |
|       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |
|      |       |       |       |

|  |
| --- |
| Vorlage eines Lebenslaufs |
|  |
| Vorlage eines negativen Strafregisterauszuges.\* |
|  |  |  |  |
| Anzahl der **eigenverantwortlich** diagnostizierten Fälle nach Eintragung in die Liste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:\*\* |       |
|  |
| Vorlage von **20** anonymisierten (= Nachname und SV-Nummer) **eigenverantwortlich** diagnostizierten klinisch-psychologischen Fällen (Befunden) mit **krankheitswertiger** Fragestellung hinsichtlich verschiedener Störungsbilder und Altersgruppen. |
|  |
| Spezialausbildungen in der klinisch-psychologischen Diagnostik: |
|  |
|       |
|  |  |  |  |
| Geplante wöchentliche Arbeitszeit, die für Kassenpatienten zur Verfügung steht: |
|  |
|       |
|  |  |  |  |
| Aufrechte Dienstverhältnisse bzw. Werkverträge (Art/vertraglich vereinbarte bzw. tatsächliche Inanspruchnahme in Stunden – gegebenenfalls in Wochenstunden): |
|  |
|       |
|  |
| Beschreiben Sie Ihre bereits zur Verfügung stehende Praxis bezüglich: |
|  |
| [ ]  Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln[ ]  Zugang für Menschen mit Behinderung[ ]  behindertengerechte (barrierefreie) Ausstattung |

|  |
| --- |
|  |
| Falls Sie noch keine Praxisräumlichkeiten haben, können Sie zusagen, dass ihre Kassenpraxis folgende Rahmenbedingungen in ausreichendem Maße erfüllt wird: |
|  |
| [ ]  Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln[ ]  Zugang für Menschen mit Behinderung[ ]  behindertengerechte (barrierefreie) Ausstattung |
|  |
| Beschreiben Sie Ihre bereits zur Verfügung stehende bzw. zu schaffende Praxisausstattung näher (z.B. Räumlichkeiten, sanitäre Anlagen, EDV-Ausstattung): |
|  |
|       |
|  |
| Falls Sie bereits in die WahlpsychologInnenliste des Dachverbandes eingetragen sind: |
|  |
| Datum der Eintragung in die Liste der WahlpsychologInnen: |       |
|  |  |  |  |
| Anzahl der Fälle nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages nach Eintragung in die Liste des Dachverbandes: |       |
|  |  |  |  |
| Mit welchen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Altersgruppen haben Sie nach der Eintragung in die WahlpsychologInnenliste gearbeitet? |       |
|  |
| Vorlage von 20 aktuellen anonymisierten (= Familienname und SV-Nummer) **eigenverantwortlich** diagnostizierten klinisch-psychologischen Fällen mit **krankheitswertiger** Fragestellung hinsichtlich verschiedener Störungsbilder und Altersgruppen. |

      ,       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift der Bewerberin /

 des Bewerbers

\*) Nachweis ist beizulegen.

\*\*) Erklärung ist beizulegen.

Gemachte Angaben können nachgeprüft werden.