**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  nein  geriatrische Störungen  ja  nein  affektive Störungen  ja  nein  Persönlichkeitsstörungen  ja  nein  hirnorganische 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.