

# FORMULAR WAHLPSYCHOLOGIN FÜR KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK MIT KOSTENERSTATTUNG

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

Nachname:

Vorname:  Titel:

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 PsychologInnenliste des Bundesministeriums:\*  
 Dat.:  Zl.:

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

Von <i>(tt.mm.jjjj)</i>	Bis <i>(tt.mm.jjjj)</i>	Name der Einrichtung			Hausnr.
		PLZ	Ort	Straße	

Vorlage eines negativen Strafregisterauszuges.

Anzahl der **eigenverantwortlich** diagnostizierten Fälle:\*\*

Vorlage von **20** anonymisierten **eigenverantwortlich** diagnostizierten klinisch-psychologischen Fällen mit **krankheitswertiger** Fragestellung. Der Dachverband behält sich vor, stichprobenartig die Vorlage von bis zu 100 Fällen gemäß § 6 des Gesamtvertrages zu verlangen.

- \* ) Tätigkeitsnachweise sind beizulegen.
- \*\* ) Tätigkeitsnachweise haben Bestätigungen über eigenverantwortliche Diagnostik zu enthalten.

Mit welchen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Altersgruppen haben Sie Erfahrungen?

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers