ANSUCHEN ZUR(M) VERTRAGSPSYCHOLOGİN 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.