

FORMULAR WAHLPSYCHOLOGIN FÜR KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK MIT KOSTENERSTATTUNG

Eintragung in die Liste des Hauptverbandes d.öst.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 Hauptverband behält sich vor, stichprobenartig die Vorlage von bis zu 100 Fällen gemäß § 5 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