ABK der ÖGWG

z.H. Herrn Dr. Helmut Schwanzar

Alter Markt 7, 5020 Salzburg

T: 0664 88 504 736

[hschwanzar@gmail.com](mailto:hschwanzar@gmail.com)

**Anrechnung für 150 Stunden facheinschlägiges Praktikum**

Ich ersuche um die Anrechnung meiner Tätigkeiten im Rahmen einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens für das psychotherapeutische Fachspezifikum zum Erwerb praktischer psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang sowohl mit verhaltensgestörten als auch leidenden Personen.

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Multiprofessionelle Zusammenarbeit von Psychotherapeut/innen bei fallweiser Anwesenheit zumindest eines Arztes zumindest zweimal pro Woche, vor allem bei Fallbesprechungen; Zusammenarbeit auch mit Angehörigen anderer Gesundheits- oder Sozialberufe, insbesondere mit klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen, mit Angehörigen des diplomierten Krankenpflegepersonals, der medizinisch-technischen Dienste, mit diplomierten Sozialarbeitern etc.; umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden ambulant und/oder stationär über einen längeren Zeitraum.

**Anmerkung**

Für die Eintragung in die Psychotherapeutenliste sind zumindest 150 Stunden innerhalb eines Jahres in diesen facheinschlägigen Ausbildungseinrichtungen zu absolvieren, wobei diese Zeiten auf die insgesamt zumindest 550 Stunden psychotherapeutischer Tätigkeit zum Erwerb praktischer psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang sowohl mit verhaltensgestörten als auch leidenden Personen anzurechnen sind.

1. **Personaldaten:**

**A.1.1. Familienname, akademische(r)-Grad(e) der auszubildenden Person:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**A.1.2. Vorname:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**A.2. Zustelladresse:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Facheinschlägige Einrichtung:**

**B.1. Genaue Bezeichnung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**B.2. Träger der Einrichtung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**B.3. Adresse (Telefonnummer):**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**B.4. Öffnungszeiten:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Organisationsstruktur:**

**C.1. Art der Einrichtung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**C. 2.1. Leiter/in der Einrichtung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**C. 2.2. Anzahl und Namen der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, die in der Einrichtung tätig sind:**

Damit sind jene zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigte Personen gemeint, die in die Psychotherapeutenliste eingetragen worden sind.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**C. 2.3.Sonstige fachlich qualifizierte Mitarbeiter, insbesondere zumindest ein Arzt und ein Angehöriger eines anderen Gesundheitsberufes,**

Anzahl unter Anführung der jeweiligen Berufsgruppe, wobei neben dem Leiter der Einrichtung noch mindestens zwei weitere Personen, die im Rahmen der besonderen Erfordernisse der jeweiligen Praktikumseinrichtung für die Vorbereitung, Durchführung oder Unterstützung psychotherapeutischer Tätigkeit die notwendigen und ausreichenden fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen mitbringen, anzugehören haben

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**D. Tätigkeitsschwerpunkte:**

**D.1. Tätigkeitsschwerpunkte der Ausbildungseinrichtung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**D. 2. Tätigkeitsschwerpunkte der auszubildenden Person:**

1. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**D. 3. Anzahl der Patienten-/Klientenkontakte der Einrichtung pro Woche/allenfalls pro Jahr, Beschreibung verwendeter Verfahren und deren Umfang, Diagnose etc.:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**D. 3.1. Kinder und Jugendliche**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**D. 3.2. Erwachsene**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**E. Art und Dauer bzw. Umfang des Arbeitsverhältnisses der auszubildenden Person:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich obige Angaben richtig und vollständig gemacht habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift der auszubildenden Person)

Als Leiter/Leiterin der Einrichtung erkläre ich, dass in dieser Einrichtung Aufgaben im Sinne der psychotherapeutischen Versorgung erfüllt werden und oben genannte Person praktische psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit verhaltensgestörten oder leidenden Personen unter fachlicher Anleitung eines Psychotherapeuten erwerben kann / erworben hat.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Leiters/ der Leiterin)