

## Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung der psychologischen Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung (Praxisbewilligung)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Bürgerort/-staat:
Weiterbildungstitel:	GLN:
Wohnadresse:	Telefon (P):
	Mobil (P):
	Mailadresse (P):
Praxisname und Praxisadresse:	Telefon (G):
	Mobil (G):
	Mailadresse (G):
Rechtsform: * <a href="#">Informationen zur Rechtsform</a> <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Andere	Geplante Tätigkeitsaufnahme und Pensum:
	Abrechnungsform OKP: * <a href="#">Zulassung OKP</a> <input type="checkbox"/> ZSR-Nummer <input type="checkbox"/> K-Nummer <input type="checkbox"/> Keine OKP

<p>A. Verfügen Sie über eine gültige Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton oder Land?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja → Beilagen 4, 5 und 8</p> <p><input type="checkbox"/> Nein → alle Beilagen</p>
<p>B. Ist Ihnen je die Ausübung des Berufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden, oder ist ein Straf- oder aufsichtsrechtliches Verfahren gegen Sie hängig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja → Bitte auf gesondertem Blatt ausführlich erläutern</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

### Beilagen

1. Inländischer oder nach PsyG anerkannter ausländischer Hochschulabschluss des Psychologiestudiums (beglaubigte Kopie)
2. Eidgenössischer oder eidg. anerkannter Weiterbildungs-Titel Psychotherapie (beglaubigte Kopie)
3. Aktueller Auszug aus dem Zentralstrafregister (Original)
  - 3.1. weniger als 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft: Führungszeugnisse aus allen Ländern, in denen Sie in den letzten 10 Jahren einen Wohnsitz hatten.
4. Nur falls Frage A = Ja → Berufsausübungsbewilligung des Herkunftskantons oder Herkunftsstaates
5. Nur falls Frage A = Ja → Unbedenklichkeitserklärung des Herkunftskantons oder Herkunftsstaates
6. Für Ausländerinnen und Ausländer
  - 6.1. Eine Aufenthalts-, Niederlassung- oder Grenzgängerbewilligung (Kopie)
7. Wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist: Nachweis genügender Deutschkenntnisse (min. Niveau B2)
8. Im Rahmen der Aufsicht ist ein Nachweis oder eine Deckungszusage einer Berufshaftpflichtversicherung einzureichen

## Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP

Antrag auf Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP  ja  nein

Wenn ja:

Nachweis einer 3-jährigen klinischen Erfahrung, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine Anerkennung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügt, vgl. Art. 50c KVV (Beschäftigungsgrad 100%, bei Teilzeitpensum entsprechende Verlängerung)

Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems (QSS), Selbstdeklaration und Fragebogen gemäss Art. 58g KVV

Benötigen Sie eine Zulassung zu Lasten der OKP als Organisation der Psychotherapie nach Art. 52e KVV, legen Sie bitte den Handelsregisterauszug bei.

### Beilagen für die OKP-Zulassung

1. Aufstellung der Weiterbildung und der weiteren beruflichen Tätigkeit (lückenlos, im Sinne eines CV mit Arbeitszeugnissen, Angabe der Stellenprozente und Arbeitgeber)
2. Ausgefüllter Fragebogen betreffend die Qualitätssicherung
3. Handelsregisterauszug

Der oder die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie oder er erklärt sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch den Kantonsärztlichen Dienst einverstanden.

**Nur vollständige, gut leserliche und per Post eingereichte Gesuche werden bearbeitet.**

**Urkunden, Diplomen und Zeugnissen, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.**

**Das Gesuch ist frühestens 6 und spätestens 3 Monate vor der geplanten Aufnahme der Tätigkeit einzureichen an:**

**VGD Kantonsärztlicher Dienst, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal**

**Die bewilligungspflichtige Tätigkeit darf erst aufgenommen werden, wenn die Bewilligung vorliegt (Art. 22 PsyG i.V.m. § 5 Verordnung über die Berufe im Gesundheitswesen)**

Ort und Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_