



GESUCH UM BEWILLIGUNG ZUR BERUFSAUSÜBUNG ALS PSYCHOTHERAPEUT/IN

- Bevor Sie das vorliegende Gesuch ausfüllen, ziehen Sie das Merkblatt „Zulassungsvoraussetzungen Psychotherapeut/in im Kanton Graubünden“ bei (siehe unsere Homepage)
- Füllen Sie das vorliegende Gesuch vollständig aus.
- Nummerieren Sie Ihre Ausbildungsdokumentation (Belege) nach der Systematik des vorliegenden Formulars.
- Die Belege können als Kopien eingereicht werden. **Ausnahme: Original Strafregisterauszug.**
- Prüfen Sie, ob Sie alle **Belege vollständig** zusammengetragen haben.
- Reichen Sie das Gesuch, nicht früher als 6 Monate jedoch mindestens 3 Monate vor Tätigkeitsaufnahme, zusammen mit den vollständig beigelegten Belegen **in dreifacher Ausführung** dem Gesundheitsamt Graubünden (Adresse im Briefkopf) ein.

Personalien		Beleg-Nr.
Name, Vorname		
Strasse, PLZ, Ort		
Tel.nummer		
e-mail		
Geburtsdatum		
Nationalität, Heimatort	Kopie ID oder Pass einreichen	
Curriculum	Bitte legen Sie Ihrem Gesuch eine Übersicht über Ihren beruflichen Werdegang bei	

Persönliche Voraussetzungen		Beleg-Nr.
Sind Sie bevormundet / verbeiständet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Vormundes / Beistandes:	
Leiden Sie unter physischen oder psychischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?	
Berufshaftpflichtversicherung	Versicherungspolice und allgemeine Versicherungsbedingungen einreichen	
Strafregisterauszug	im Original und höchstens drei Monate alt einreichen	
Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, schriftliche Begründung unter Beilage der Akten (Aufsichts-, Standes- oder kassenrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit) einreichen	
Haben Sie eine Bewilligung in einem andern Kanton/Staat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Berufsausübungsbewilligung und Unbedenklichkeitserklärung bzw. letter of good standing der zuständigen Gesundheitsbehörde einreichen	

WISSENSCHAFTLICHE GRUNDAUSBILDUNG

		Beleg-Nr.
Akademischer Titel		
Universität		

Abschlussjahr		
Hauptfach		
Nebenfächer	1. 2.	
Weitere Studien		

KLINISCHE PRAXIS / POSTGRADUATE AUSBILDUNG

Institution	Funktion/Tätigkeitsfelder	Wann	Dauer	Beschäftigungsgrad	Beleg-Nr.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPEZIALAUSBILDUNG

Hauptrichtung	Abschlusszertifikat / Jahr	Beleg-Nr.

WISSEN UND KÖNNEN

Theoretische und praktische Ausbildungselemente	Ort / Ausbildner/in	Wann	Dauer	Anzahl Stunden	Beleg-Nr.

SELBSTERFAHRUNG

Einzelsetting	Psychotherapeut/in	von - bis	Frequenz	Gesamtzahl Sitzungen	Beleg-Nr.

Gruppensetting	Psychotherapeut/in	von - bis	Frequenz	Gesamtzahl Sitzungen	Beleg-Nr.

KONTROLLEN / SUPERVISION

Supervision	Supervisor/in	Einzel / Gruppe	von - bis	Anzahl Sitzungen	Beleg-Nr.

EIGENE THERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT

Eigene therapeutische Tätigkeit unter Kontrolle	Verantwortliche/r Ausbilder/in	Einzeltherapie / Gruppen-	von - bis	Anzahl Sitzungen / abgeschlossene Fälle	Beleg-Nr.

WEITERE ANGABEN/BEMERKUNGEN ÜBER DIE ERFOLGTE THERAPEUTISCHE AUSBILDUNG UND DAS GESUCH

	Beleg-Nr.

Angaben zur Tätigkeit	
Wo werden Sie Ihre Tätigkeit ausüben? (genaue Adresse)	
Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit	

Ort, Datum	Unterschrift