



Rechtsdienst

## Gesuch Assistenzbewilligung

### Psychotherapeutin/ Psychotherapeut

Allgemeine Informationen zum Gesundheitsrecht und zu den Bewilligungen erhalten Sie unter <https://www.sg.ch/gesundheits-soziales/gesundheits.html>.

Individuelle Auskünfte zur Bewilligungspflicht und zum Bewilligungsverfahren erhalten Sie unter [info.gdrd@sg.ch](mailto:info.gdrd@sg.ch) oder telefonisch unter 058 229 35 79

#### 1. Angaben zur Person, welche die Assistenztätigkeit ausübt (= Gesuchstellerin/Gesuchsteller)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ E-Mail privat<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
GLN<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich

#### 2. Angaben der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers über die Befähigung zur einwandfreien Berufsausübung

Wird eine Frage bejaht, sind hierzu nähere Angaben zu machen und zu belegen (vgl. Ziffer 6 «Beilagen»).

- Leiden oder litten Sie an einer Suchterkrankung (Drogen, Medikamenten oder Alkohol)?  ja  nein
- Haben oder hatten Sie andere physische oder psychische Einschränkungen, die sich auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken können?  ja  nein
- Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Staat eine Berufsausübungsbewilligung im Gesundheitswesen verweigert oder entzogen?  ja  nein
- Ist in einem anderen Kanton oder Staat gegen Sie ein Verfahren mit Bezug auf Ihre berufliche Tätigkeit hängig, insbesondere ein aufsichtsrechtliches Verfahren, ein Strafverfahren oder ein Haftpflichtfall?  ja  nein

#### 3. Angaben zur Dauer der Assistenztätigkeit

Beginn und geplantes Ende der Assistenztätigkeit \_\_\_\_\_ BG in %<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

#### 4. Angaben zur Ausbilderin/ zum Ausbilder<sup>4</sup>

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
GLN<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- Verfügen Sie über eine Berufsausübungsbewilligung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut  ja  nein
- Falls nein; verfügen Sie über einen eidgenössischen oder einen anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie?  ja  nein

<sup>1</sup> Wir bitten Sie eine sichere E-Mail-Adresse anzugeben, über die besonders schützenswerte Personendaten verschickt werden können.

<sup>2</sup> Global Location Nummer (GLN), sofern vorhanden.

<sup>3</sup> Beschäftigungsgrad in Stellenprozenten.

<sup>4</sup> Person, unter deren fachlicher Verantwortung und Aufsicht die Assistenztätigkeit ausgeübt wird.

## 5. Angaben zum Weiterbildungsbetrieb

Name und Art<sup>5</sup> des Weiterbildungsbetriebs \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Üben im Weiterbildungsbetrieb neben der Gesuchstellerin/dem Gesuchsteller weitere Personen eine Assistententätigkeit im Bereich Psychotherapie aus?  ja  nein

Falls ja, geben Sie die entsprechenden Personen an

Name und Vorname	Beginn und geplantes Ende der Assistententätigkeit	BG in % <sup>3</sup>	Name Ausbilderin/Ausbildner
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## 6. Beilagen

- |   | Anzahl |
|---|--------|
| • Kopie der Identitätskarte oder des Ausländerausweises der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers (beide Seiten)   | _____  |
| • Belege zu den Angaben über die einwandfreie Berufsausübung (falls oben in Ziffer 2 eine Frage bejaht wurde)   | _____  |
| • Strafregisterauszug (elektronischer, digital signierter Auszug <sup>6</sup> , höchstens drei Monate alt)  | _____  |
| • Lebenslauf mit allen beruflichen Tätigkeiten und Ausbildungen   | _____  |
| • Beleg über den Master-, Lizentiats- oder Diplomabschluss in Psychologie   | _____  |
| • Detailliertes Studienprogramm mit genauer Angabe der geplanten theoretischen und praktischen Weiterbildungsmodulare zur Erlangung des Weiterbildungstitels in Psychotherapie (Zeitplan, Ausbildungsstätten, usw.) | _____  |

## 7. Rechnungsadresse für die Bewilligungsgebühr

Praxis  Privatadresse  Hauptsitz (Adresse?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin bestätigt, dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben, und ermächtigt den Rechtsdienst des Gesundheitsdepartementes, bei den Bewilligungsbehörden anderer Kantone Auskünfte zu seiner/ihrer Vertrauenswürdigkeit des einzuholen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Die Ausbilderin/der Ausbilder bestätigt die Richtigkeit der Angaben zu ihrer/seiner Person und erklärt, die fachliche Verantwortung und Aufsicht über die Assistententätigkeit der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers zu übernehmen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie das unterzeichnete Gesuch und die Beilagen **per Mail** als PDF ein an: [bewilligungen.gdrd@sg.ch](mailto:bewilligungen.gdrd@sg.ch)

<sup>5</sup> Psychologische Praxis, Psychiatrische Klinik, Beratungsstelle, usw.

<sup>6</sup> Bei *ehemaligem* oder *aktuellem* Wohnsitz im Ausland sind Strafregisterauszüge aller Aufenthaltsstaaten der letzten 5 Jahre beizulegen. Der Schweizer Strafregisterauszug kann bestellt werden unter: [https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug\\_de](https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug_de)