



Rechtsdienst

## Gesuch Assistenzbewilligung

### Psychotherapeutin/ Psychotherapeut

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