

Antrag auf Zertifizierung Weiterbildung Klinische Neuropsychologie

Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich, 4921 Hohenzell, Engersdorf 66, ZVR-Zahl: 674233274

1. Antragsteller/in

Anrede	Titel	Vorname	Familienname	Geburtsdatum	
Frau Herr					
Straße		Nummer	Postleitzahl	Ort	Land
Telefon			E-Mail Adresse		

2a. GNPÖ-akkreditierte Weiterbildungsinstitution (Falls noch nicht vorhanden bitte das entsprechende Formular ausfüllen, Antrag auf Akkreditierung als GNPÖ-Weiterbildungseinrichtung)

Träger der Einrichtung	GNPÖ Akkreditierung vorhanden		
	Ja Nein (bitte Antragsformular zusätzlich beilegen)		
Unternehmen / Institution	Abteilung		
Straße	Nummer	Postleitzahl	Ort
Telefon	Homepage		

2b. Weiterbildungsermächtigte Person (1) mit Spezialisierung in Klinischer Neuropsychologie

Anrede	Titel	Vorname	Familienname
Frau Herr			
Weitere Angaben			
Eintragung in die Berufsliste des Bundesministeriums laut Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013:			
als Klinische/r Psychologe/in gem. § 26:		(Datum)	
mit der Spezialisierung gem. § 29 (5) in Klinischer Neuropsychologie:		Ja	Nein
Inhaber/in des Weiterbildungscurriculums in Klinische Neuropsychologie der GNPÖ seit:		(Datum)	
Wochenarbeitszeit:		(in Stunden)	

Weiterbildungsermächtigte Person (2) mit Spezialisierung in Klinischer Neuropsychologie

Anrede	Titel	Vorname	Familienname
Frau Herr			

Weitere Angaben	
Eintragung in die Berufsliste des Bundesministeriums laut Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013:	
als Klinische/r Psychologe/in gem. § 26:	(Datum)
mit der Spezialisierung gem. § 29 (5) in Klinischer Neuropsychologie:	Ja Nein
Inhaber/in des Weiterbildungscurriculums in Klinische Neuropsychologie der GNPÖ seit:	(Datum)
Wochenarbeitszeit:	(in Stunden)

2c. Dauer der Tätigkeit der supervidierten Praxis (Arbeitszeitbestätigung der/s jeweiligen Arbeitgeber/in beilegen)

Arbeitsbeginn und -ende (Datum) in den praktischen Weiterbildungsinstitutionen	Gesamtarbeitszeit in Monaten	Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden
1.		(Stunden)
2.		(Stunden)
3.		(Stunden)
Gesamtzeit supervidierter Praxisstunden (mehrjährige Praxis, mind. 2 Jahre Vollzeit oder entsprechend länger bei Teilzeit; oder, 2000 Arbeitsstunden in freier Praxis)		(Stunden)

Unterbrechung/en der Berufsausübung	
Ja Nein	Grund (z. B. Karenz):

2c. Aufgabenbereich innerhalb der supervidierten Praxis (Angabe in Prozent)

stationär	teilstationär	ambulant
Kinder	Jugendliche	Erwachsene

10 Hauptfragestellungen der supervidierten Praxis (exemplarische Angaben):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Fachspezifische Tätigkeiten (Angabe bitte in Prozent, gesamt 100%)

Klinisch-neuropsychologische Diagnostik	
Klinisch-neuropsychologische Behandlung	
Klinisch-neuropsychologische Beratung	
Klinisch-neuropsychologische Rehabilitation	
Administrative Tätigkeiten	
Sonstige Tätigkeiten:	(bitte angeben)

3. Klinisch-neuropsychologische Supervision (Bestätigungen bitte beilegen)

Vollständiger Name der/s Supervisors/in	Gruppensupervision	Einzelsupervision (mind. 20 EH)
1.		
2.		
3.		
Gesamtstunden (mind. 50 EH)		

3a. Supervisor/in (1)

Anrede	Titel	Vorname	Familiename
Frau Herr			
Weitere Angaben			
Eintragung in die Berufsliste des Bundesministeriums laut Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013:			
als Klinische/r Psychologe/in gem. § 26:			(Datum)
mit der Spezialisierung gem. § 29 (5) in Klinischer Neuropsychologie:		Ja Nein	
Inhaber/in des Weiterbildungscurriculums in Klinische Neuropsychologie der GNPÖ seit:			(Datum)
Wochenarbeitszeit:			(in Stunden)

Supervisor/in (2)

Anrede	Titel	Vorname	Familiename
Frau Herr			
Weitere Angaben			
Eintragung in die Berufsliste des Bundesministeriums laut Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013:			
als Klinische/r Psychologe/in gem. § 26:			(Datum)
mit der Spezialisierung gem. § 29 (5) in Klinischer Neuropsychologie:		Ja Nein	
Inhaber/in des Weiterbildungscurriculums in Klinische Neuropsychologie der GNPÖ seit:			(Datum)
Wochenarbeitszeit:			(in Stunden)

Supervisor/in (3)

Anrede	Titel	Vorname	Familiename
Frau Herr			
Weitere Angaben			
Eintragung in die Berufsliste des Bundesministeriums laut Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013:			
als Klinische/r Psychologe/in gem. § 26:			(Datum)
mit der Spezialisierung gem. § 29 (5) in Klinischer Neuropsychologie:		Ja Nein	
Inhaber/in des Weiterbildungscurriculums in Klinische Neuropsychologie der GNPÖ seit:			(Datum)
Wochenarbeitszeit:			(in Stunden)

4. Geschlossenes theoretisches Weiterbildungscurriculum in Klinischer Neuropsychologie

Namen der Einrichtung, an der die Theorieeinheiten absolviert wurden.

1.

2.

4a. Seminarzuordnung

Zuordnung der Einzelseminare inkl. Angabe der Einheiten

Breites Spektrum an Störungsbildern bzw. Fragestellungen (mind. 30 UE)

Einschlägige Diagnostik (Methoden und Verfahren) (mind. 30 UE)

Handlungskompetenz (Interventions-, Behandlungs- und Beratungskompetenz) (mind. 30 UE)

Weitere Seminare

Gesamtzahl der Unterrichtseinheiten

5. Wissensüberprüfung

Fallvorstellungsseminare (Name des Gutachters und Datum eingeben)	
Begutachtung	
Behandlungsverlauf	

6. Beilagen

Kopie der Eintragung in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit laut § 26 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. I Nr. 182/2013)

Arbeitszeitbestätigungen der Arbeitgeber/innen (Original)

Supervisionsbestätigung/en (Original)

Teilnahmebestätigungen der Einzelseminare (Original)

Stellungnahmen der zwei Fallvorstellungsseminare (Original)

Mit der Speicherung meiner Daten durch den Verein Gesellschaft für Neuropsychologie Österreich (GNPÖ) bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu Vereinszwecken (vgl. Statuten <https://www.gnpoe.at/navileft/statuten/>) verwendet und einzig dem Hogrefe-Verlag für die Zusendung des Vereinsorgans (Zeitschrift für Neuropsychologie, Print ISSN: 1016-264X) übermittelt. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der DSGVO (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG) werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, und verpflichte mich, eine Kopie des Antrags fünf Jahre aufzubewahren und auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift der weiterbildungsermächtigten Person
mit Spezialisierung in Klinischer Neuropsychologie

Stampiglie der Institution