

Netzwerk Psychotherapie Steiermark

Erhebungsblatt zur Kassenabrechnung

Titel: **Vorname:** **Nachname:**

Praxisadresse:

Erreichbarkeit/Tel.:

Email:

Eingetragene/r PsychotherapeutIn seit: *Zusatzbezeichnung:*

Mitglied im Steirischen Landesverband für Psychotherapie seit

Ich erfülle die Kriterien lt. Beilage wie folgt:

Variante A:

Krankenhaus bzw. Ausb.st. FA:

Zeitraum: von: **bis:** **Wochenstunden**

Variante B:

Krankenhaus bzw. Institution:

Zeitraum: von: **bis:** **Wochenstunden:**

plus **500 Std. Krankenbehandlung F0,F1,F2,F3,F6; Std:**

Zeitraum:

oder: **Kinder & Jug.Th., F8,F9,F3; Std:**

Zeitraum:

oder: **18 M. Krankenhaus bzw. Institution:**

Zeitraum:

Variante C:

344 Std psychiatrische Abt. bzw. Ausb.st. FA:

Zeitraum:

plus: **80 Std. Fortbildung:** **Zeitraum:**

plus: **1000 Std. Krankenbehandlung F0,F1,F2,F3,F6; Zeitraum:**

oder: **Kinder- & Jugendth. F8,F9,F3; Zeitraum:**

Für die Aufnahme in die Liste der Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen:

120 Stunden spezielle Fortbildung in den letzten 3 Jahren:

Titel:

Zeitraum:

Ich bin einverstanden auf der öffentlich einsehbaren Warteliste mit Namen und Bezirk aufzuscheinen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Bitte mit Vor- Zuname und Datum bestätigen.