

Antrag auf Anerkennung als Klinische/r Neuropsychologe/in GNP

(gemäß Curriculum vom 21.10.2016 – gültig ab 01.12.2017)

Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen.

Name:		Vorname:	
geb.:		Geb.-Datum:	
Geb.-Ort:		Akad. Grad:	
Titel:		Studienabschluss am / Studium an Hochschule:	
Approbation:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in (Bescheinigung erforderlich) <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in (Bescheinigung erforderlich) <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin (Bescheinigung erforderlich)		

GNP-Mitglied:	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	Mitglieds-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------	---	-----------------------------	-------------------------------

Korrespondenzanschrift: <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Firmenadresse
--

Privat Straße:		PLZ, Ort (Ausland):	
Telefon:		E-Mail:	

GNP-akkreditierte Weiterbildungsinstitution:

Firma:		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Internet:			
Bundesland/Land:		Weiterbildungs-ermächtigte/r (Vor- und Zuname):	
Arbeitsbeginn in Weiterbildungsinstitution am:		Beginn der Weiterbildung am:	
		Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit (..... Std./Wo.) <input type="checkbox"/> Teilzeit (..... Std./Wo.)	Unterbrechungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Begründung:

ggf. weitere Einrichtung:

Firma:		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bundesland/Land:		Weiterbildungsermächtigte/r (Vor- und Zuname):	
Arbeitsbeginn in Weiterbildungsinstitution am:		Beginn der Weiterbildung am:	
		Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit (..... Std./Wo.) <input type="checkbox"/> Teilzeit (..... Std./Wo.)	Unterbrechungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Begründung:

Überweisung von EUR _____ am _____ (GNP - Genossenschaftsbank Fulda eG, IBAN: DE30530601800008725250, BIC: GENODE51FU)

Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, den Antrag im Original 5 Jahre aufzubewahren und auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

- Bitte die Seiten des Antrags durchnummerieren und die Seitenzahlen in der vorgesehenen Spalte eintragen!

Vom Antragsteller auszufüllen		Bearbeitungsvermerke Gutachter			
Antragsunterlagen	Antrag Seite/n Nr.	GA1	GA2	GA3	Bemerkung GA:
Hochschulstudium Psychologie (Dipl./M.Sc.Urkunde etc.)					
Approbationsurkunde					
Tätigkeitsnachweis als Neuropsychologe					
Logbuch einschl. <ul style="list-style-type: none"> • Journal der Behandlungserfahrung • Supervision Name/Vorname der Supervisoren/innen:					
Kasuistiken (Anzahl 3)					
Gutachten (Anzahl 2)					

Vom Antragsteller auszufüllen		Bearbeitungsvermerke Gutachter			
Interne Weiterbildung	Antrag Seite/n Nr.	GA1	GA2	GA3	Bemerkung GA:
Allgemeine Neuropsychologie (mind. 60 Std.)					
Spezielle Neuropsychologie					
Störungsspez. Kenntnisse (mind. 80 Std.)					

Vom Antragsteller auszufüllen		Bearbeitungsvermerke Gutachter			
Externe Weiterbildung	Antrag Seite/n Nr.	GA1	GA2	GA3	Bemerkung GA:
Allgemeine Neuropsychologie (mind. 40 Std.) <ul style="list-style-type: none"> • Funktionelle Neuroanatomie • Theorie der Persönlichkeit • Spez. Psychopathologie 					
Spezielle Neuropsychologie					
Störungsspezifische NPS (mind. 80 Std.)					
Versorgungsspezifische Kenntnisse (mind. 80 Std.) <ul style="list-style-type: none"> • NPS des Kindes-/Jugendalters • NPS des höheren Lebensalters • Soz., schul. und berufl. Reintegration • Sachverständigentät. in der Klin. Psych. 					

Vom Antragsteller auszufüllen		Bearbeitungsvermerke Gutachter			
Frei wählbare Theorie (sowohl extern als auch intern)	Antrag Seite/n Nr.	GA1	GA2	GA3	Bemerkung GA:
60 Std. frei wählbar aus den Gebieten <ul style="list-style-type: none"> • Allgem. NPS • Spez. NPS Störungsspez. Kenntnisse Versorgungsspez. Kenntnisse					