

**Nachweis bzw. Glaubhaftmachung**  
**über absolvierte Fort-, Aus- und Weiterbildungen**  
(Gesundheitspsychologie – Klinische Psychologie — Musiktherapie – Psychotherapie)

**A. Personenbezogene Angaben**

A.1	<b>Familienname</b>	Zutreffendes ankreuzen <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> keine Angaben	
A.2	<b>Vorname(n)</b> (entsprechend dem Meldezettel)		
A.3	<b>Akademische(r) Grad(e)</b> (unter Vorlage des Zertifikats, falls noch nicht eingereicht)	Vor dem Namen	Nach dem Namen
	<b>ausländische Titel</b> (freiwillige Angabe für die öffentliche Liste unter Vorlage des Zertifikats)		
A.4	<b>Geburtsdatum</b>		
A.7	<b>Hauptwohnsitz</b>  (wird nicht veröffentlicht)	Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Land Telefonnummer Mobilnummer E-Mail	
A.8	<b>Zustelladresse</b>  (wird nicht veröffentlicht)	Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Land Telefonnummer Mobilnummer E-Mail	

## B. Berufsbezogene Angaben

B.1	<b>1. Arbeitsort/Dienstort</b> bei Tätigkeit im Rahmen eines <b>Arbeitsverhältnisses</b> (Anstellung) als Berufsangehörige der (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie	Name der Einrichtung Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *)  *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste	
B.2	<b>2. Arbeitsort/Dienstort</b> bei Tätigkeit im Rahmen eines <b>Arbeitsverhältnisses</b> (Anstellung) als Berufsangehörige der (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie	Name der Einrichtung Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *)  *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste	
B.3	<b>1. Berufssitz</b> (= Arbeitsort bei Musiktherapie) bei <b>freiberuflicher</b> Tätigkeit als Berufsangehörige der (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie	Bezeichnung der Praxis Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *)  *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste (Zutreffendes ankreuzen) Barrierefrei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
B.4	<b>2. Berufssitz</b> (= Arbeitsort bei Musiktherapie) bei <b>freiberuflicher</b> Tätigkeit als Berufsangehörige der (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie	Bezeichnung der Praxis Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *)  *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste (Zutreffendes ankreuzen) Barrierefrei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### C. Fort-, Aus- und Weiterbildungen

Die jeweiligen Einheiten sind eingescannt (in einem Dokument) dem Formular anzuschließen.

<b>Fort-, Aus- und Weiterbildungen</b> (Anbieter:in: Organisation und Name der vortragenden Person) (Veranstaltung: Titel sowie Thema)	<b>Zeitraum von – bis</b>	<b>Anzahl der Einheiten</b>
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		

<b>Anbieter:in:</b> <b>Veranstaltung:</b>		
<b>Anbieter:in:</b> <b>Veranstaltung:</b>		
<b>Insgesamt:</b>		

<b>Anmerkungen:</b> (optional)
-----------------------------------

Dieses Formular ist per Post beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung VI/A/3, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, oder per E-Mail an [ipp.office@gesundheitsministerium.gv.at](mailto:ipp.office@gesundheitsministerium.gv.at) einzubringen.

Durch meine Unterschrift (eingescannt oder digital) bestätige ich an Eides statt, dass ich eigenberechtigt bin und die Angaben im Antrag richtig und vollständig gemacht habe.

Ort und Datum	Unterschrift