

Vogelsangstrasse 15  
CH – 8006 Zürich  
Telefon 043 268 04 05  
Telefax 043 268 04 06  
www.sbap.ch  
info@sbap.ch

## ANTRAG AUF ANERKENNUNG DES TITELS FACHPSYCHOLOGIN / FACHPSYCHOLOGE SBAP. in Klinischer Psychologie

Zu senden an: Geschäftsstelle SBAP. , Vogelsangstrasse 15, 8006 Zürich

---

### Angaben zur Person

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Privatanschrift: .....

PLZ/Ort: ..... Kanton: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Praxisanschrift 1: .....

PLZ/Ort: ..... Kanton: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Praxisanschrift 2: .....

PLZ/Ort: ..... Kanton: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

## Aktuelle Berufstätigkeit

Praxis/Institution

Funktion

%

.....  
.....

## Antrag

Ich bewerbe mich um die Anerkennung des Titels Fachpsychologin / Fachpsychologe SBAP. in Klinischer Psychologie gemäss Richtlinien und Ausführungsbestimmungen zur Erlangung des Fachtitels SBAP. in Klinischer Psychologie.

### Ich kann nachstehende Anerkennung(en) vorweisen:

- SBAP. Mitglied seit..... Beleg Nr. ....
- Praxisbewilligung des Kantons..... Beleg Nr. ....

Die Bearbeitungsgebühr des Antrages auf Anerkennung des Fachtitels Fachpsychologin / Fachpsychologe SBAP. in Klinischer Psychologie beträgt CHF 800.-.

Bei Unklarheiten ist die Psychotherapie-Kommission berechtigt, Ausbildungsbelege anzufordern.

Die Gebühr muss **vor Einreichen des Antrags** auf PC 80-29725-4, SBAP. , Zürich **einbezahlt** sein (Kopie des quittierten Einzahlungsscheins beilegen).

## Richtlinien für die Darstellung der Ausbildung

Die Psychotherapie-Kommission ist Ihnen dankbar, wenn Ihre Unterlagen **vollständig** sind und Ihr Antrag in Druckschrift ausgefüllt ist. Mangelhaft ausgefüllte Anträge müssen wir Ihnen leider unbearbeitet zurücksenden. Auf Wunsch stellen wir Ihnen das Antragsformular auch als Attachment per E-Mail zu, und bitten Sie, den ausgefüllten Antrag unterschrieben und per Post an die Geschäftsstelle zu senden. Bitte liefern Sie uns zu allen Angaben Kopien der notwendigen Belege.

Die Darstellung Ihrer Ausbildung muss über die folgenden Elemente Auskunft geben und im Einzelnen belegt sein:

1. Psychologische Grundausbildung
2. Weiterbildung in Klinischer Psychologie:
  - 2.1. Theoretische Weiterbildung
  - 2.2. Selbsterfahrung
  - 2.3. Supervision
  - 2.4. Praktische klinisch-psychologische Tätigkeit
3. Aktueller Auszug aus dem Zentralstrafregister

### 1. Psychologische Grundausbildung

#### Hochschule:

Ort: .....

Abschlussjahr: .....

Vertiefungsrichtung: .....

Beleg Nr. ....

#### Universität:

Ort: .....

Abschlussjahr: .....

Hauptfach: .....

Nebenfach: .....

Beleg Nr. ....

#### Psychopathologie:

Nur nachzuweisen, falls nicht entsprechendes Nebenfachstudium abgeschlossen wurde.

Beleg Nr. ....

## 2. Weiterbildung Klinische Psychologie

### 2.1. Theoretische Weiterbildung in Klinischer Psychologie:

Geben Sie uns Auskunft über Thema, Ausbildungsinstitut, Dauer, Stundenzahlen, Abschlussjahre, Ausbilderinnen und Ausbilder:

Legen Sie eine Übersicht der Ausbildungselemente der von Ihnen absolvierten Weiterbildungs-Module bei:

Institution: .....

AusbildnerIn: .....

Dauer: .....

Stundenzahl: .....

Abschlussjahr: .....

Diplom/Zertifikat: .....Beleg Nr. ....

Zusammenfassung Seminare/Kurse

Seminar / Kurs	AusbildnerIn	Dauer	Beleg Nr.
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Bitte verwenden Sie für jedes Weiterbildungsmodul einen Bogen.

## 2.2. Selbsterfahrung

Geben Sie uns Auskunft über Art, Dauer und Anzahl Sitzungen (Sitzungsdauer in Minuten, einzeln oder in Gruppe mit Teilnehmerzahl) sowie die Qualifikation der Person, bei der Sie die Selbsterfahrung gemacht haben (z.B. anerkannte Lehranalytikerin/Lehranalytiker oder Ausbilderin/Ausbildner einer anerkannten Methode).

Auflistung entfällt, falls Sie Trägerin/Träger des Fachtitels „Psychotherapeutin / Psychotherapeut SBAP. „ oder des Fachtitels in Psychotherapie der FSP oder des SPV sind.

### Einzel-Sitzungen à mind. 50 Minuten

Dauer	Häufigkeit	Total Std.	Beleg Nr.
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Name, Anschrift, Titel der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:

.....  
.....  
.....

Ort / Datum

Unterschrift der Psychotherapeutin  
des Psychotherapeuten

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.

**Gruppen-Sitzungen à mind. 90 Minuten**

**Dauer**

**Häufigkeit**

**Total Std.**

**Beleg Nr.**

.....

.....

.....

.....

.....

Name, Anschrift, Titel der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:

.....

.....

.....

Ort / Datum

Unterschrift der Psychotherapeutin  
des Psychotherapeuten

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.





## 2.4. Praktische klinisch-psychologische Tätigkeit

Weisen Sie sich über eine mindestens fünfjährige praktische klinisch-psychologische Tätigkeit aus in einer anerkannten und/oder öffentlichen Institution des Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Justizwesens, in denen interdisziplinäre Zusammenarbeit praktiziert sowie Weiterbildung angeboten wird.

Geben Sie die Funktion und die der fachspezifischen Leiterin oder des fachspezifischen Leiters an.

Dauer	Institution und Tätigkeitsfeld	Beschäftigungs- grad in %	Beleg Nr.
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

### 3. Auszug aus dem Zentralstrafregister

Legen Sie Ihrem Antrag einen aktuellen Auszug aus dem Strafregister bei:

Bundesamt für Justiz  
Schweiz. Zentralstrafregister  
Bundesrain 20  
3003 Bern

Beleg Nr. ....

**Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.**

Die Bearbeitungsgebühr von CHF 800.00 habe ich am ..... auf  
PC 80-29725-4, SBAP., Zürich, überwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

*Die eingereichten Unterlagen werden im Archiv der SBAP. Geschäftsstelle aufbewahrt. Im Falle einer Ablehnung werden diese mit dem Bescheid der Psychotherapie-Kommission retourniert.*