

**Hessisches Landesamt**

**für Gesundheit und Pflege**

- Außenstelle Frankfurt -

Dezernat IV 2

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

| **Angaben zur Person und Kontaktdaten (Antragstellende Person)** |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) (Schreibweise lt. Geburtsurkunde oder Namenänderungsurkunde)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Namenzusätze (sofern vorhanden)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsname (sofern abweichend vom Familiennamen)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geschlecht  weiblich  männlich  divers  keine Angabe |
| Geburtsdatum und -ort  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postanschrift in Deutschland (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Staatsangehörigkeit  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-Adresse  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon/Mobilnummer (mit Landesvorwahl, Beispiel +49 170 12344567)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

1. **Dokumente**

Die Dokumente sind in **amtlich oder notariell beglaubigter Kopie** (ausschließlich vom Original) einzureichen. Bei fremdsprachigen Dokumenten sind zusätzlich von einer oder einem in Deutschland vereidigten Dolmetscherin oder einem Dolmetscher angefertigte Übersetzungen einzureichen. Bitte verzichten Sie auf Trennblätter, Hüllen oder sonstiges Ordnungsmaterial.

Identitätsnachweis (Personalausweis [beidseitig] oder Reisepass)

ggf. Ehe- oder Namensänderungsurkunde

kurzgefasster unterschriebener Lebenslauf (siehe Anlage 1)

amtliches Führungszeugnis (zur Vorlage bei einer Behörde)

Führungszeugnis wurde am Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. beantragt.

Führungszeugnis wird unverzüglich beantragt.

Ärztliche Bescheinigung (siehe Anlage 2)

1. **Erklärungen**
2. Ich versichere, dass ich nicht vorbestraft bin und gegen mich kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

Ja  Nein

Falls nein, wegen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Ich bestätige, davon Kenntnis genommen zu haben, dass der Antrag erst bearbeitet wird, wenn alle relevanten Angaben und Dokumente vorliegen, sowie dass das Antragsverfahren, auch bei einer Ablehnung oder Antragsrücknah­me, gebührenpflichtig ist.

Ja  Nein

1. Ich bestätige, davon Kenntnis genommen zu haben, dass die Kommunikation standardmäßig per E-Mail erfolgt und dem ausdrücklich widersprochen werden muss.

Ja  Nein

1. Ich versichere, dass alle meine Angaben richtig und vollständig sowie alle eingereichten Dokumente authentisch sind.

Ja  Nein

1. **Hinweise**

Die Anlagen 1 und 2 sind Bestandteil des Antrages.

Ihre Daten werden gemäß § 59 PsychThApprO zum Zwecke der Ausstellung der Approbation verarbeitet. Nähere Informationen zur Datenverarbeitung durch das HLfGP und weitere Stellen und zu Ihren Rechten nach Artikel 13 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie im Internet unter <http://www.hlfgp.hessen.de.>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift

(Antragstellende Person)

**Anlage 1 | Tabellarischer Lebenslauf**

**Bitte lückenlos ausfüllen, eigenhändig unterschreiben**

**und dem HLfGP im Original vorlegen.**

**Tabellarischer Lebenslauf**

| **Angaben zur Person** |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) (gleichlautend mit dem Antrag)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum (gleichlautend mit dem Antrag)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Schule** |
| --- |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Abschluss)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Abschluss)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schule (Name, Schulform, Ort, Abschluss)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Studium** |
| --- |
| Hochschule (Name, Art, Ort, Abschluss)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hochschule (Name, Art, Ort, Abschluss)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

| **Sonstige Angaben (optional auf einem separaten Blatt)** |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift

(Antragstellende Person)

**Anlage 2 | Ärztliche Bescheinigung**

**Bitte zurücksenden an oder vorlegen bei:**

**Hessisches Landesamt**

**für Gesundheit und Pflege**

- Außenstelle Frankfurt –

Dezernat IV 2

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Hiermit bestätige ich, dass bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nach heutiger eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie oder er wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche ihrer oder seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut unfähig oder ungeeignet ist.

Mit der von mir untersuchten Person bin ich weder verwandt noch stehe ich mit ihr in einer engen persönlichen Beziehung (Partnerschaft).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Arztstempel und -unterschrift

**Hinweis:**

**Bescheinigungsberechtigt sind Betriebsärztinnen und -ärzte einstellender Arbeitgebender oder in Deutschland niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (der Allgemein- oder der Inneren Medizin). Die oder der Unterzeichnende muss namentlich aus dem Arztstempel ersichtlich sein.**