Zusatzformular 4

Freipraktizierende Ärzte/Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und -psychotherapie

(Ziffer 6.6 der Übergangsbestimmungen)

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der/die Unterzeichnete, dass er/sie im Zeitraum  
vom       bis       als freipraktizierender Arzt / freipraktizierende Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig war. In dieser Tätigkeitsperiode betrug sein/ihr Arbeitspensum       %. Sein/ihr Arbeitspensum im Bereich der forensischen Psychiatrie betrug       %.

Im Verlauf dieser Periode erstellte er/sie selbstständig       Gutachten, darunter       strafrechtliche, und betreute in insgesamt       Sitzungen       Patientinnen und Patienten im Rahmen einer forensischen Therapie.

Der Gesuchsteller / die Gesuchstellerin legt diesem Formular eine Liste der erstellten Gutachten sowie der durchgeführten Therapien bei, die anonymisiert und nummeriert aufzuführen sind.

Name und Vorname des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin:

Ort/ Datum:

Stempel und Unterschrift des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin: