

**Hessisches Landesamt**

**für Gesundheit und Pflege**

- Außenstelle Frankfurt -

Dezernat IV 2

- wird vom HLfGP ausgefüllt -

GZ:

Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

|  |
| --- |
| **Angaben zur Person und Kontaktdaten**  |
| Familienname, Vorname(n) (Rufname bitte in Klammern setzen, (Beispiel: (Anne))Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsname (sofern abweichend vom Familiennamen)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum und -ortKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postanschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-AdresseKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon/Mobilnummer (mit Landesvorwahl, Beispiel: +49 170 1234567)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Zu prüfender Studiengang** |
| Universität/gleichgestellte HochschuleKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bezeichnung abgeschlossener StudiengangKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zeitraum (von MM/JJJJ bis MM/JJJJ) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| LandKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ich habe Nachqualifizierungskurse absolviert [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Eine Genehmigung der zuständigen Gesundheitsbehörde liegt vor [ ]  Ja [ ]  Nein |

1. **Dokumente**

Die Dokumente sind als einfache Kopien einzureichen. Bei fremdsprachigen Dokumenten sind zusätzlich Übersetzungen in die deutsche Sprache einzureichen.

[ ]  **Immatrikulationsbescheinigung** für den Masterstudiengang an einer hessischen Universität oder gleichgestellten Hochschule

[ ]  **Urkunde und Zeugnis** des zu prüfenden Studienabschlusses

[ ]  **Fächer- und Notenübersicht** (Transcript of Records)

[ ]  **Studien- und Prüfungsordnung** sowie **Modulhandbuch** des zu prüfenden Studienabschlusses (per E-Mail an: psychotherapie@hlfgp.hessen.de)

[ ]  ausgefüllte **Anlage** „Zuordnung der Inhalte eines gleichwertigen Studienabschlusses nach § 9 Abs. 5 PsychThG“

[ ]  ggf. **Bescheinigung** über absolvierte **Nachqualifizierungskurse**

[ ]  ggf. **Bescheinigung** der zuständigen Gesundheitsbehörde über die **Genehmigung** der Nachqualifizierungskurse

[ ]  ggf. **Nachweise** über die **berufspraktischen Einsätze**

[ ]  ggf. **Nachweis** des zuständigen Ministeriums über die **Gleichstellung** der Hochschule

1. **Erklärung**

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

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. **Hinweise**

Die Bearbeitung des Antrages ist gebührenpflichtig (auch wenn die Gleichwertigkeit versagt oder der Antrag zurückgenommen wird).

Ihre Daten werden gemäß § 9 Abs. 5 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) zum Zwecke der Feststellung der Gleichwertigkeit des Studienabschlusses verarbeitet. Nähere Informationen zur Datenverarbeitung durch das HLfGP und zu Ihren Rechten nach Artikel 13 bis 22 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie im Internet unter [www.hlfgp.hessen.de](http://www.hlfgp.hessen.de).

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

Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift