

Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED  
Beilage G: Anerkennung „Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis“

## **Gesuch für Psychotherapeutin / Psychotherapeut ohne kriterienkonforme Aus- und Weiterbildung**

### **Delegierender Arzt / delegierende Ärztin:**

Name / Vorname: .....

Praxisadresse: .....

PLZ / Ort: .....

GLN-Nummer (EAN): ..... ZSR-Nummer: ..... FMH-Nummer: .....  
(FMH-Mitglieder)

Qualitative Dignität (Facharzttitle / Fähigkeitsausweis) zutreffendes ankreuzen:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie -Psychotherapie       Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fähigkeitsausweis "Delegierte Psychotherapie"

### **Gesuch für Psychotherapeutin / Psychotherapeut:**

Name / Vorname: .....

Wohnadresse: .....

PLZ / Ort: .....

*Bitte ankreuzen:*

- Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut verfügt nicht über eine Aus- und Weiterbildung, welche den Kriterien gemäss Ziffer 3 von Beilage G zur Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED entspricht.
- Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut verfügt über ein ausländisches Diplom.

Dem Gesuch liegt der ausgefüllte Fragebogen über die absolvierte Aus-, Weiter- und Fortbildung bei.

Die korrekten Angaben des Gesuches und des beiliegenden Fragebogens bestätigt:

Datum:

Unterschrift des delegierenden Arztes:

.....  
**Bitte einsenden an:**

FMH Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, Baslerstrasse 47, 4600 Olten oder per Mail an:  
[tarife.ambulant@fmh.ch](mailto:tarife.ambulant@fmh.ch)