

## Bereitschaft zur Mitarbeit an der notfallpsychotherapeutischen Versorgung

Name:

Vorname:

Titel:

Ich bin approbierte(r)

Psychologische(r) PsychotherapeutIn

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn

Praxis- bzw. Dienstanschrift

Telefon:

Mail:

---

Außerhalb meiner Sprechzeiten bin ich im Notfall erreichbar unter (Angabe optional):

Telefon:

Mobiltelefon:

---

- Ich bin bereit, nach einem Notfallereignis kurzfristig die psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten
- Erwachsenen
  - Kindern bzw. Jugendlichen zu übernehmen.

In diesem Bereich verfüge ich über folgende Qualifikation und/oder Berufserfahrung:

- Ich bin bereit, im Falle eines Großschadensereignisses auch vor Ort an der notfallpsychotherapeutischen Versorgung mitzuwirken.

In diesem Bereich verfüge ich über folgende Qualifikation und/oder Berufserfahrung:

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben durch die OPK gespeichert und zur Absicherung der notfallpsychotherapeutischen Versorgung an zuständige Stellen weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift