

Antrag auf Prüfung der Voraussetzung für den Zugang zu einer  
Ausbildung als

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)  
gemäß § 5 Psychotherapeutengesetz

An das  
Hessische Landesprüfungs-  
und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Walter-Möller-Platz 1  
60439 Frankfurt am Main

Hiermit beantrage ich die Prüfung meiner Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung  
gemäß § 5 Psychotherapeutengesetz (PsychThG).

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

Angaben zu den bisher erbrachten Studienleistungen:

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Studiendauer: \_\_\_\_\_

von

bis

Universität/Hochschule: \_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_  
Ort/ Land

Abschlussprüfung: \_\_\_\_\_

am

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_

Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Kurzform

Ich beabsichtige die Ausbildung am nachfolgend benannten in Hessen staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut zu absolvieren:

---

(Bezeichnung und Siegel/Stempel des Ausbildungsinstituts)

Diesen Antrag habe ich bisher

- in keinem anderen Bundesland gestellt
- in \_\_\_\_\_ gestellt.

Den daraufhin erhaltenen Bescheid füge ich diesem Antrag bei.

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigefügt (bei inländischen Abschlüssen in amtlich beglaubigter Kopie, bei ausländischen Abschlüssen **im Original\***):

- Diplom-Urkunde o.ä. (Diplom-)Prüfungszeugnis
- Bachelorurkunde und Bachelorzeugnis
- Master- und Bachelorurkunde sowie Master- und Bachelorzeugnis
- Diploma Supplement
- amtliche Übersetzungen
- Zulassungsbestätigung/Absichtserklärung des Ausbildungsinstitutes
- sonstige Nachweise

---

\*) Auf die Vorlage der ausländischen Originaldokumente kann nicht verzichtet werden, da neben der Gleichwertigkeitsprüfung auch die Echtheit der Dokumente zu prüfen ist.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Antragsverfahren für die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen mit Gebühren in Höhe von **maximal 120,00 €** verbunden ist.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben versichere ich hiermit.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift