

**Meldebogen**

Diese Daten erheben wir aufgrund des Heilberufsgesetzes und der Meldeordnung.

Alle Kammerangehörigen sind zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet.

Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen oder ankreuzen.

Die Daten werden elektronisch gespeichert.

Alle mit \* gekennzeichneten Angaben werden dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt übermittelt.

Alle mit einem \*\* gekennzeichneten Angaben sind im Original oder durch öffentlich beglaubigte Kopien zu belegen.

**(1) Name\***

\_\_\_\_\_  
Familiename/Geburtsname, Vorname

**(2) Dienst- und / oder Praxisanschrift\***

(wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt benutzen)

derzeitiger Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Name/Einrichtung

Dienststelle \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Letzter Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Name/Einrichtung

letzte Dienststelle \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

derzeitige Praxis: seit \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ich bin tätig in einer/einem

Einzelpraxis     Gemeinschaftspraxis     Job-sharing-Partnerschaft     Praxisgemeinschaft

MVZ

letzte Praxis \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**(3)    Privatanschrift**

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Meine Post wünsche ich an die     Privatanschrift     Praxisanschrift     Dienstanschrift

**(4)    Persönliche Angaben**

weiblich     männlich    Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort / Staat \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**(5)    Angaben zur Berufsausübung (Approbation, Berufserlaubnis) \*/\*\***

**(a)    Approbation als Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut\*/\*\***  
(Nachweis bitte beifügen)

Approbation gem. § 2 / § 12 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

Urkunde ausgestellt am \_\_\_\_\_

Von Behörde: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

**(b) Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*/\*\*** (Nachweis bitte beifügen)

Approbation gem. § 2 / 12 PsychThG

Urkunde ausgestellt am \_\_\_\_\_

Von Behörde: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

**(c) Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis zur Berufsausübung als Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gem. § 4 PsychThG\*/\*\***  
(Nachweis bitte beifügen)

Erlaubnis vom \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Geltungsdauer \_\_\_\_\_

Beschränkung ausgesprochen für: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(d) Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis zur Berufsausübung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gem. § 4 PsychThG\*/\*\*** (Nachweis bitte beifügen)

Erlaubnis vom \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

Geltungsdauer \_\_\_\_\_

Beschränkung ausgesprochen für: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(e) Psychotherapieausbildungen (auch in sog. „Nicht-Richtlinienverfahren“)\*/\*\***  
(wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt benutzen)

Auszug aus Arztregister der KV oder Einzelnachweis,

sofern nicht vorliegend:

Verfahren \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses \_\_\_\_\_

Verfahren \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses \_\_\_\_\_

sonstige psychotherapeutische Qualifikationen\*\*

Verfahren \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses \_\_\_\_\_

Verfahren \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses \_\_\_\_\_

**(6) Sonstige Angaben zur Berufsausübung**

**Zulassung/Ermächtigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung\*\***

(Nachweis durch Arztregisterauszug)

KV \_\_\_\_\_

Zulassung seit \_\_\_\_\_

Ermächtigung seit \_\_\_\_\_

**(7) Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufekammer**

Nein

Ja, in der

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben unverzüglich, spätestens nach einem Monat der Landespsychotherapeutenkammer mitzuteilen habe.**

**Ich versichere, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift

**Die Landespsychotherapeutenkammer dankt Ihnen herzlich für Ihre Mühe.**

**Anlage zum Meldebogen:**

**Die auf dieser Seite erbetenen ergänzenden Angaben sind freiwillig, ihre Kenntnis erleichtert aber die Arbeit der Kammer. Außerdem können wir damit die Fragen des Stat. Bundesamtes bzw. Landesamtes beantworten. Deshalb bitten wir Sie, uns auch diese Daten zur Verfügung zu stellen.**

Akademischer Hochschulabschluss/Titel \_\_\_\_\_

Mobil-  
Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**Therapien können auch in folgenden Fremdsprachen durchgeführt werden:**

---

Abrechnungsgenehmigung(en) wurden durch die KV \_\_\_\_\_

erteilt in folgenden Richtlinien-Verfahren (Kopie bitte beifügen):

Psychoanalyse       tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie       Verhaltenstherapie

in folgenden übenden und suggestiven Verfahren:

autogenes Training       Relaxationstherapie nach Jacobson       Hypnose

**Ich bin derzeitig angestellt tätig in einer/einem**

Allgemeinkrankenhaus       Psychiatrische Klinik  
 Psychosomatische Fachabteilung/ Klinik       Reha-Klinik       Suchtklinik  
 MVZ  
 Lehre und Forschung       JVA       Beratungsstelle  
 sonstigen therapeutischen Einrichtung       sonstigen Einrichtung       Verwaltung

**Ich befinde mich in Erziehungsurlaub/Elternzeit**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Bescheinigung des Arbeitgebers/Bescheid über das  
Ruhe der Zulassung bitte beifügen)

**Ich bin arbeitslos/arbeitssuchend.**

**Ich beantrage die freiwillige Mitgliedschaft**

**Ich beziehe Altersrente/ Pension.**

**Ich beantrage die freiwillige Mitgliedschaft**