

Änderungsmeldung

Bitte per Post mit allen erforderlichen Kopien senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP
 Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
 55116 Mainz

Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte in Blockschrift ausfüllen bzw. ankreuzen. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein, bitte separates Blatt verwenden.

Generelle Angaben für die Zuordnung	
Mitgliedsnummer:	
Name, Vorname:	

1. Änderung des Namens	
Bitte Kopie der Heiratsurkunde beifügen!	
Neuer Nachname:	
Rufname:	Weitere Vornamen:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geschlecht (m/w/d):	

2. Änderung der Anschrift	
<u>Meine neue Privatanschrift lautet:</u>	<u>Gültig ab:</u>
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail:	

<u>Meine neue Praxisanschrift lautet:</u>		<u>#1</u>	<u>Gültig ab:</u>	
Straße, Hausnummer:				
PLZ, Ort:				
Telefon:		Fax:		
Mobil:				
E-Mail:				
Homepage:				
<u>Meine neue Dienstanschrift lautet:</u>		<u>#2</u>	<u>Gültig ab:</u>	
Arbeitgeber*in:				
Dienststelle:				
Straße, Hausnummer:				
PLZ, Ort:				
Telefon:		Fax:		
Mobil:				
E-Mail:				
Homepage:				

3. Änderung der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik Bitte durch ankreuzen bestätigen!
<p>Im Zusammenhang mit der Antragstellung und Ausgabe des ePtA sind wir gesetzlich verpflichtet, die primäre berufliche Adresse an den Verzeichnisdienst (VZD) der Gematik zu übermitteln.</p> <p>Folgende berufliche Adresse ist die primäre berufliche Adresse und soll im Verzeichnisdienst der Gematik erscheinen:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> keine Änderung </p>

4. Änderung des Titels
Neuer akademischer Titel: <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd. <input type="checkbox"/> M.Sc. <input type="checkbox"/> M.A. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Bitte die Urkunde in Kopie einreichen!
Neue Promotion: <input type="checkbox"/> Dr. rer. nat. <input type="checkbox"/> Dr. phil. <input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Bitte die Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!
Neue Habilitation: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Bitte die Ernennung/Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!

5. Änderungen zur staatlichen Berufszulassung	
Zusätzliche Approbation als: <input type="checkbox"/> PP und/oder <input type="checkbox"/> KJP Bitte Urkunde/n und Zeugnis/se über die staatliche Prüfung als amtlich beglaubigte Kopien einreichen!	
Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als: <input type="checkbox"/> PP und/oder <input type="checkbox"/> KJP gem. § 4 PsychThG	
Erlaubnis ausgestellt am:	von (Behörde):
Geltungsdauer:	Umfang:

6. Änderungen zur sozialrechtlichen Zulassung
Neue Sozialrechtliche Zulassung : Bitte Kopien des aktuellen Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszugs der KV RLP einreichen!
Bisherige Zulassung endet zum (genaues Datum): _____
Neue Zulassung besteht seit (genaues Datum): _____
mit: <input type="checkbox"/> vollem Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> hälftigem Versorgungsauftrag
Neue Ermächtigung als: <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP seit/von: _____ bis: _____
Neue Sonderbedarfzulassung für: _____
seit/von: _____ bis: _____
Neue Zusatzqualifikationen: Bitte entsprechende Nachweise einreichen! Bitte beachten Sie, dass es hier um die sozialrechtliche Zulassung geht und damit nur Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung akzeptiert werden können!
<input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie <input type="checkbox"/> EMDR

7. Änderungen zur Berufsausübung	
Neue Selbständige Tätigkeit:	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Umfang der Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!	
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit gemäß Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Bisherige selbständige Tätigkeit:	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Neue Nichtselbständige Tätigkeit:	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Umfang der Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!	
<input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Forensische Einrichtung, Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Einrichtung nach Sozialgesetzbuch, Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle, Ziff.: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige Institution, Ziff.: _____
Bisherige nichtselbständige Tätigkeit:	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Weitere neue Tätigkeit(en):	
<input type="checkbox"/> Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Umfang der Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
Bisherige weitere Tätigkeit:	
<input type="checkbox"/> Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum):	_____
Keine berufliche Tätigkeit:	
Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!	
<input type="checkbox"/> Elternzeit seit/von: _____ bis: _____	
<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet seit/von: _____ bis: _____	
<input type="checkbox"/> Ruhestand seit: _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund: _____	
seit/von: _____ bis: _____	

11. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats	
<p>Ich ermächtige die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000531514
Angaben zum Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
Angaben zur Bankverbindung:	
Kreditinstitut:	
BIC: _____ ____	IBAN: DE __ ____ ____ ____ ____ ____
Ort, Datum:	Unterschrift:

12. Erklärung zur Angabe von Änderungen zu melderelevanten Daten
<p>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben unverzüglich, spätestens jedoch zwei Wochen nach deren Eintreten, schriftlich der Landespsychotherapeutenkammer mitzuteilen habe. (§ 3 MeldeO LPK RLP)</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist ebenso bekannt, dass eine Zuwiderhandlung hiergegen eine Ordnungswidrigkeit nach § 5 der MeldeO der LPK RLP darstellt, die eine Verhängung eines Ordnungsgeldes nach sich zieht.</p> <p><u>Hinweis:</u> Das Formular zur Mitteilung von Änderungen steht auf der Homepage der Kammer unter www.lpk-rlp.de zum Download bereit. Es kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden.</p>

13. Abschluss-Erklärung	
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich werde Änderungen der hier gemachten Angaben unverzüglich an die Kammer melden.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

Dienststellenart – Übersicht

Ambulante Versorgung	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxisgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene
07	Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
08	Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
09	Ambulanz in Psychosomatischem / Psychotherapeutischem Krankenhaus
10	Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
11	Sozialpädiatrisches Zentrum
Stationäre Versorgung	
31	Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
32	Gerontopsychiatrische Abteilung
33	Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
34	Psychosomatisches/Psychotherapeutisches Krankenhaus
35	Somatisches Krankenhaus
36	Psychosomatische Rehabilitationsklinik
37	Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung
38	Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
39	Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
40	Sonstige Klinik
Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung	
51	Behindertenhilfe
52	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
Beratungsstellen	
61	Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
62	Schulpsychologischer Dienst
63	Suchtberatung
64	Sonstige Beratungsstelle
Forensische Einrichtungen	
71	Maßregelvollzug
72	Strafvollzug
Andere Institutionen	
91	Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
92	Verwaltung
93	Industrie / Wirtschaft
94	Gesundheitsschutz
99	Sonstige Institution