

## 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.

<b>Generelle Angaben für die Zuordnung</b>	
Mitgliedsnummer:	
Name, Vorname:	

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

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

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

<b>3. Änderung der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik</b> <b>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</b>
<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
<b>Neuer akademischer Titel:</b> <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd. <input type="checkbox"/> M.Sc. <input type="checkbox"/> M.A. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Urkunde in Kopie einreichen!</b>
<b>Neue Promotion:</b> <input type="checkbox"/> Dr. rer. nat. <input type="checkbox"/> Dr. phil. <input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!</b>
<b>Neue Habilitation:</b> <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <b>Bitte die Ernennung/Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!</b>

5. Änderungen zur staatlichen Berufszulassung	
<b>Zusätzliche Approbation als:</b> <input type="checkbox"/> PP    und/oder <input type="checkbox"/> KJP <b>Bitte Urkunde/n und Zeugnis/se über die staatliche Prüfung als amtlich beglaubigte Kopien einreichen!</b>	
<b>Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als:</b> <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
<b>Neue Sozialrechtliche Zulassung :</b> <b>Bitte Kopien des aktuellen Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszugs der KV RLP einreichen!</b>
Bisherige Zulassung endet zum (genaues Datum): _____
Neue Zulassung besteht seit (genaues Datum): _____
mit: <input type="checkbox"/> vollem Versorgungsauftrag <input type="checkbox"/> hälftigem Versorgungsauftrag
<b>Neue Ermächtigung als:</b> <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP                    seit/von: _____ bis: _____
<b>Neue Sonderbedarfszulassung für:</b> _____ seit/von: _____ bis: _____
<b>Neue Zusatzqualifikationen:</b> <b>Bitte entsprechende Nachweise einreichen!</b>
<input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie <input type="checkbox"/> EMDR

<b>7. Änderungen zur Berufsausübung</b>	
<b>Neue Selbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!</b>	
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit gemäß Ziff.: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
<b>Bisherige selbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Ende der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Neue Nichtselbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Art der Tätigkeit: Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!</b>	
<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.: _____
<b>Bisherige nichtselbständige Tätigkeit:</b>	
<b>Ende der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Weitere neue Tätigkeit(en):</b>	
<input type="checkbox"/> Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Bisherige weitere Tätigkeit:</b>	
<input type="checkbox"/> Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Ende der Tätigkeit (genaues Datum):</b>	_____
<b>Keine berufliche Tätigkeit:</b>	
<b>Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!</b>	
<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: _____	

### 8. Erklärung zum Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung

Bitte zutreffendes Feld bzw. zutreffende Felder ankreuzen!

- Als niedergelassene/r Psychologische/r Psychotherapeut\*in und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in verfüge ich über eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung, die mich gegen die sich aus der Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang des Risikos absichert.
- Als Angestellte\*r oder Beamte\*r bin ich über meinen Arbeitgeber\*in oder Dienstherr\*in gegen die sich aus meiner Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang des Risikos abgesichert.

### 9. Änderung zur Pflichtmitgliedschaft in anderen Heilberufskammern

- Es besteht zusätzlich eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer

Name der Kammer: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

- Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer

Name der Kammer: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### 10. Änderung für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK

**Bitte beachten: Die vorherigen Angaben werden durch die hier gemachten Angaben ersetzt!**

**Behandelte Patientengruppe:**       Erwachsene                       Kinder- und Jugendliche

**Art der Sitzungen:**                       Einzeltherapie                       Gruppentherapie

**Sprachen, in denen Therapie angeboten wird:** \_\_\_\_\_

**Von der LPK anerkannte Zusatzqualifikationen:**

Psychodiabetologie                       EMDR                                       Neuropsychologische Psychotherapie

Spezielle Schmerztherapie                       Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie

**Barrierefreiheit:**                       Die Praxis ist barrierefrei zugänglich

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz bis auf schriftlichen Widerruf meinen Namen und meine Dienstanschrift(en) sowie die oben gemachten Angaben in ihre Datenbank aufnimmt und im Rahmen der Psychotherapeutensuche der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf ihrer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) veröffentlicht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

<b>11. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats</b>	
<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
<b>Angaben zum Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller):</b>	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
<b>Angaben zur Bankverbindung:</b>	
Kreditinstitut:	
BIC: _____   ____	IBAN: DE __   ____   ____   ____   ____   ____   __
Ort, Datum:	Unterschrift:

<b>12. Erklärung zur Angabe von Änderungen zu melderelevanten Daten</b>	
<b>Bitte durch ankreuzen bestätigen!</b>	
<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)
<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.
<u>Hinweis:</u> Das Formular zur Mitteilung von Änderungen steht auf der Homepage der Kammer unter <a href="http://www.lpk-rlp.de">www.lpk-rlp.de</a> zum Download bereit. Es kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden.	

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

## Dienststellenart – Übersicht

<b>Ambulante Versorgung</b>	
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
<b>Stationäre Versorgung</b>	
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
<b>Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung</b>	
51	Behindertenhilfe
52	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
<b>Beratungsstellen</b>	
61	Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
62	Schulpsychologischer Dienst
63	Suchtberatung
64	Sonstige Beratungsstelle
<b>Forensische Einrichtungen</b>	
71	Maßregelvollzug
72	Strafvollzug
<b>Andere Institutionen</b>	
91	Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
92	Verwaltung
93	Industrie / Wirtschaft
94	Gesundheitsschutz
99	Sonstige Institution