

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 Sonderbedarfszulassung für: _____ seit/von: _____ bis: _____ |
| Neue Zusatzqualifikationen: Bitte entsprechende Nachweise einreichen! |
| <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: _____ | |

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 veröffentlicht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

| 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 |