

Änderungsmeldung

für die:

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

Ihre Daten werden auf gesetzlicher Grundlage erhoben. Jedes Kammermitglied ist gemäß §1b Abs. 1 HeilBG und MeldeO LPK RLP zur Angabe seiner Daten verpflichtet. Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet.

Erforderliche Unterlagen, die mit dem Änderungsmeldebogen einzureichen sind	
1.	Bei einer Namensänderung: einfache Kopie der Heiratsurkunde bzw. Dokument zur Namensänderung
2.	Annahme oder Abgabe einer Staatsangehörigkeit: einfache Kopie des Staatsangehörigkeitsausweises (oder gleichwertiges Dokument) bzw. der Negativbescheinigung (oder gleichwertiges Dokument)
3.	Falls Sie einen weiteren Hochschul- bzw. Universitätsabschluss erworben haben: einfache Kopie der Urkunde
4.	einfache Kopie der Promotionsurkunde
5.	einfache Kopie der Habilitation bzw. Berufung zum/ zur Professor*in
6.	Bei einer zusätzlichen Approbation: amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde und einfache Kopie des Zeugnisses zur Approbation
7.	Bei einer neuen Zulassung der KV oder bei Änderungen zu dieser: aktuelle Kopie des kompletten Arztregisterauszugs der KV RLP
8.	ggf. Bestätigung der Elternzeit des Arbeitgebers oder des Amtes in einfacher Kopie
9.	ggf. Arbeitslosenbescheinigung in einfacher Kopie
10.	ggf. Rentenausweis oder Bestätigung der Deutschen Rentenversicherung zum Rentenbeginn in einfacher Kopie
11.	Erwerb der Zusatzqualifikation „Gruppentherapie“ oder „EMDR“: 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!

Gerne können Sie den kostenlosen Service der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) für die amtlichen Beglaubigungen auf der Geschäftsstelle der Kammer in Anspruch nehmen. Vereinbaren Sie dazu einen Termin während der Sprechzeiten der Mitgliederverwaltung. Die aktuellen Sprechzeiten finden Sie auf der Homepage der Kammer: www.lpk-rlp.de.

Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus bzw. kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Angaben an.

Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein, bitte separates Blatt verwenden.

Bitte beachten Sie auch die farblich markierten Hinweise!

Generelle Angaben für die Zuordnung	
Mitgliedsnummer (5-stellig):	
Name, Vorname:	

Änderung der persönlichen Daten	
Neuer Nachname:	
Neuer Rufname:	Weitere neue Vornamen:
Neues Geschlecht (m/w/d):	Staatsangehörigkeit(en):

Änderung der Privatanschrift	
Die Korrespondenz der LPK RLP erfolgt an die Privatadresse (Meldeadresse) und/oder über die hier angegebene E-Mail!	
Meine neue Privatanschrift ist gültig ab dem	und lautet:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	

Änderung des Titels	
Neuer akademischer Titel:	
☐ Dipl.-Psych. ☐ Dipl.-Päd. ☐ M.Sc. ☐ M.A. ☐ sonstige: _____	
Neue Promotion:	
☐ Dr. rer. nat. ☐ Dr. phil. ☐ Dr. med. ☐ sonstige: _____	
Neue Habilitation:	
☐ Prof. ☐ PD ☐ sonstige: _____	

Änderungen zur staatlichen Berufszulassung	
Zusätzliche Approbation als: ☐ PP und/oder ☐ KJP	
Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als: ☐ PP und/oder ☐ KJP gem. § 4 PsychThG	
Erlaubnis ausgestellt am:	von (Behörde):
Geltungsdauer:	Umfang:

Beendigung der Berufsausübung / keine aktuelle berufliche Tätigkeit	
Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!	
☐ Elternzeit	seit/von: _____ bis: _____
☐ arbeitslos gemeldet	seit/von: _____ bis: _____
☐ Ruhestand	seit: _____
☐ Sonstiger Grund:	_____
	seit/von: _____ bis: _____

Änderungen zur sozialrechtlichen Zulassung	
Neue Ermächtigung als: ☐ PP ☐ KJP	seit/von: _____ bis: _____
Neue Sonderbedarfzulassung: seit/von: _____ bis: _____ für: _____	
Neue Zusatzqualifikationen: ☐ Gruppenpsychotherapie ☐ EMDR	

Änderung der Angaben zur Dienstanschrift	#1
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem (Tätigkeitsbeginn)	
Es handelt sich um eine (mehrfach Nennungen sind möglich!)	
☐ Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ☐ Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung RLP ☐ Tätigkeit auf Honorarbasis ☐ Tätigkeit als Referent*in ☐ Tätigkeit als Supervisor*in ☐ Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	☐ Tätigkeit im Ehrenamt ☐ Privatpraxis ☐ Sicherstellungs-/Entlastungsassistenz ☐ Tätigkeit als Berater*in, Coach ☐ Tätigkeit als Gutachter*in
Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor: ☐ Ja ☐ Nein	
Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!	
Umfang der Tätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP: ☐ Ja ☐ Nein Bei der Angabe „JA“:	
Sind die Räumlichkeiten barrierefrei zu erreichen? ☐ Ja ☐ Nein	
An diesem Standort behandelte Patientengruppe: ☐ Erwachsene ☐ Kinder- und Jugendliche	
Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11: _____	
Es handelt sich um eine leitende Anstellung: ☐ Ja ☐ Nein	
Es handelt sich um eine verbeamtete Anstellung: ☐ Ja ☐ Nein	
Sollte die Arbeitgeber*in-Adresse abweichend von der Dienststelle sein, dann Anschrift usw. der Dienststelle angeben! Name Arbeitgeber*in (ggf. Dienststelle) oder Praxisname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Änderung der Angaben zur Dienstanschrift	#2
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem (Tätigkeitsbeginn)	
Es handelt sich um eine (mehrfach Nennungen sind möglich!)	
☐ Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ☐ Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung RLP ☐ Tätigkeit auf Honorarbasis ☐ Tätigkeit als Referent*in ☐ Tätigkeit als Supervisor*in ☐ Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	☐ Tätigkeit im Ehrenamt ☐ Privatpraxis ☐ Sicherstellungs-/Entlastungsassistenz ☐ Tätigkeit als Berater*in, Coach ☐ Tätigkeit als Gutachter*in
Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor: ☐ Ja ☐ Nein	
Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!	
Umfang der Tätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP: ☐ Ja ☐ Nein	
<u>Bei der Angabe „JA“:</u>	
Sind die Räumlichkeiten barrierefrei zu erreichen? ☐ Ja ☐ Nein	
An diesem Standort behandelte Patientengruppe: ☐ Erwachsene ☐ Kinder- und Jugendliche	
Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11: _____	
Es handelt sich um eine leitende Anstellung: ☐ Ja ☐ Nein	
Es handelt sich um eine verbeamtete Anstellung: ☐ Ja ☐ Nein	
Sollte die Arbeitgeber*in-Adresse abweichend von der Dienststelle sein, dann Anschrift usw. der Dienststelle angeben!	
Name Arbeitgeber*in (ggf. Dienststelle) oder Praxisname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Angaben zur Dienstanschrift im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer	
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem	(Tätigkeitsbeginn)
☐ Dadurch entsteht eine zusätzliche Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer Name der Kammer: _____ seit: _____	
<u>oder</u>	
☐ Die bereits bestehende Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer bleibt bestehen Name der Kammer: _____ seit: _____	
Es handelt sich um eine	
☐ Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ☐ Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung ☐ Tätigkeit auf Honorarbasis ☐ Tätigkeit als Referent*in ☐ Tätigkeit als Supervisor*in ☐ Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	☐ Tätigkeit im Ehrenamt ☐ Privatpraxis ☐ Sicherstellungs-/Entlastungsassistenz ☐ Tätigkeit als Berater*in, Coach ☐ Tätigkeit als Gutachter*in
Umfang der Tätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11: _____	
Sollte die Arbeitgeber*in-Adresse abweichend von der Dienststelle sein, dann Anschrift usw. der Dienststelle angeben!	
Name Arbeitgeber*in (ggf. Dienststelle) oder Praxisname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Änderung der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik

Bitte durch ankreuzen bestätigen!

Im Zusammenhang mit der Antragstellung und Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) sind wir gesetzlich verpflichtet, die primäre berufliche Adresse an den Verzeichnisdienst (VZD) der Gematik zu übermitteln.

Folgende berufliche Adresse ist die primäre berufliche Adresse und soll im Verzeichnisdienst der Gematik erscheinen:

☐ 1

☐ 2

☐ keine Änderung

Änderung für die Psychotherapeut*innen-Suche auf der Homepage der LPK RLP

Die Psychotherapeut*innen-Suche ermöglicht es ratsuchenden Patient*innen, Kontaktdaten von geeigneten Psychotherapeut*innen sowie Informationen zu deren Arbeitsschwerpunkten zu recherchieren.

Wenn Sie in die Datenbank der Psychotherapeut*innen-Suche aufgenommen werden möchten, geben Sie uns bitte – zusätzlich zu den im Bereich der Dienstanschriften gemachten Angaben - noch folgende Informationen, die Sie mit Ihrer Unterschrift in der Rubrik „Abschluss-Erklärung“ zur Veröffentlichung freigeben.

Bitte beachten: Die hier gemachten Angaben ersetzen die vorherigen!

Art der Sitzungen:

☐ Einzeltherapie

☐ Gruppentherapie

Sprachen, in denen Therapie angeboten wird

☐ Gebärdensprache

☐ sonstige: _____

Von einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzbezeichnungen:

Sollten Sie eine dieser Anerkennungen bei einer anderen Psychotherapeutenkammer als der LPK RLP erworben haben, fügen Sie bitte eine Kopie der Urkunde bei.

☐ Psychodiabetologie

☐ Neuropsychologische Psychotherapie

☐ Spezielle Schmerztherapie

☐ Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie

Von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzqualifikation:

☐ EMDR

Bitte beachten Sie, dass nur diese beiden Nachweisarten in der Psychotherapeut*innen-Suche für EMDR berücksichtigt werden können. Den Antrag der LPK RLP finden Sie auf unserer Homepage unter: „Psychotherapeut*innen/ EMDR und Gruppenpsychotherapie /Zusatzqualifikation EMDR“.

Enden von bisher ausgeübten Tätigkeiten	
<u>Angaben zum Ende der Tätigkeit:</u>	
<u>als</u> ☐ Supervisor*in ☐ Gutachter*in ☐ Sonstiges: _____	
<u>oder</u> Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____ Adresse: _____ _____	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____	
<u>Angaben zum Ende der Tätigkeit:</u>	
<u>als</u> ☐ Supervisor*in ☐ Gutachter*in ☐ Sonstiges: _____	
<u>oder</u> Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____ Adresse: _____ _____	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____	
<u>Angaben zum Ende der Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer:</u>	
<u>als</u> ☐ Supervisor*in ☐ Gutachter*in ☐ Sonstiges: _____	
<u>oder</u> Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____ Adresse: _____ _____	
Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____	
Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer bis: _____	
Name der Kammer: _____	

11. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats	
Ich ermächtige die LPK RLP, den Kammerbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LPK RLP auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
<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.	
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000531514
Angaben zum/zur Kontoinhaber*in (falls abweichend vom/von Antragsteller*in):	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
Angaben zur Bankverbindung:	
Kreditinstitut:	
BIC: _____ ____	IBAN: DE __ ____ ____ ____ ____ __
Ort, Datum:	Unterschrift:

Abschluss-Erklärung	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.	
☐ Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben unverzüglich, spätestens jedoch einen Monat nach deren Eintreten, schriftlich der LPK RLP mitzuteilen habe. (§ 5 MeldeO LPK RLP) ☐ Mir ist ebenso bekannt, dass eine Zuwiderhandlung hiergegen eine Ordnungswidrigkeit nach § 8 der MeldeO der LPK RLP darstellt, die eine Verhängung eines Ordnungsgeldes und/oder einer Rüge nach sich ziehen kann.	
<u>Hinweis:</u> Das Formular zur Mitteilung von Änderungen steht auf der Homepage der LPK RLP unter www.lpk-rlp.de zum Download bereit. Es kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden	
Mit meiner Unterschrift erkläre ich zudem mein Einverständnis, dass die LPK RLP bis auf schriftlichen Widerruf meinen Namen und meine Dienstanschrift(en) sowie die oben gemachten Angaben in ihre Datenbank aufnimmt und im Rahmen der Psychotherapeut*innen-Suche der LPK RLP auf ihrer Homepage www.lpk-rlp.de veröffentlicht. (Im Falle einer freiwilligen Mitgliedschaft ist dieser Passus hinfällig.)	
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