

Änderungsmeldung

zur Einreichung bei der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bitte per Fax an 06131-93055-20 oder per Post 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):

2. Änderung der Anschrift

Meine neue Privatanschrift lautet

Gültig ab:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Mobil:

Email*:

<u>Meine neue Praxisanschrift lautet</u>	<u>Gültig ab:</u>
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
Email*:	
Homepage:	
<u>Meine neue Dienstanschrift lautet</u>	<u>Gültig ab:</u>
Arbeitgeber:	
Dienststelle:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
Email*:	
Homepage:	



* Wir bitten Sie um die Angabe Ihrer E-Mail-Adressen, um die Kommunikation zwischen Ihnen und der LPK zu vereinfachen. Bitte berücksichtigen Sie dabei auch, dass wir Einladungen zu Veranstaltungen sowie Informationen zu Fortbildungen ausschließlich per E-Mail versenden!

3. Änderung des Titels

Akademische Titel:

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. M.Sc. M.A. sonstige: _____

Bitte die Urkunde in Kopie einreichen!

Promotion:

Dr. rer. nat. Dr. phil. Dr. med. sonstige: _____

Bitte die Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!

Habilitation:

Prof. PD sonstige: _____

Bitte die Ernennung/Urkunde als amtlich beglaubigte Kopie einreichen!

4. Änderungen zur staatlichen Berufszulassung

Zusätzliche Approbation PP und/oder KJP

Bitte Urkunde/n und Zeugnis/se über die staatliche Prüfung als amtlich beglaubigte Kopien einreichen!

Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung PP und/oder KJP gem. § 4 PsychThG

Erlaubnis ausgestellt am:

von (Behörde):

Geltungsdauer:

Umfang:

5. Änderungen zur sozialrechtlichen Zulassung und Fachkunde

Neue Sozialrechtliche Zulassung

Bitte Kopie des Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszugs und/oder des Zulassungsbescheids einreichen!

Vorherige Zulassung endet zum (genaues Datum): _____

Zulassung seit (genaues Datum): _____

mit: vollem Versorgungsauftrag hälftigem Versorgungsauftrag

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Ermächtigung als: PP KJP seit/von: _____ bis: _____

Sonderbedarfzulassung für:

seit/von: _____ bis: _____

Fachkunde/n (Nachweis über Bescheid der Eintragung in das Arztregister)

Bitte Kopie des Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszuges einreichen!

Eintragung im Arztregister mit der Eintragungsnummer _____

Sitz bzw. Name der KV _____

Eintragung folgender Fachkundenachweise

- | | | | |
|--|------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | für: | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | für: | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte PT | für: | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Übende und suggestive Techniken | | | |
| <input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie | | | |
| <input type="checkbox"/> EMDR | | | |

6. Änderungen zur Berufsausübung

Art der vorherigen Tätigkeit selbständig angestellt beamtet keine Tätigkeit

Tätigkeitseende am (genaues Datum): _____

Art der neuen Tätigkeit selbständig angestellt beamtet keine Tätigkeit

Tätigkeitsbeginn am (genaues Datum): _____

Neue selbständige Tätigkeit:

Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!

- Tätigkeit gemäß Ziff.: _____
- auf Honorarbasis
- Sonstige: _____



Umfang der Beschäftigung: Vollzeit Teilzeit geringfügig (< 10 Std./Woche)

Neue nicht selbständige Tätigkeit:

Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 7) an!

- Ambulante Versorgung, Ziff.: _____ Forensische Einrichtung, Ziff.: _____
- Stationäre Versorgung, Ziff.: _____ Einrichtung nach Sozialgesetzbuch, Ziff.: _____
- Beratungsstelle, Ziff.: _____ Sonstige Institution, Ziff.: _____

Umfang der Beschäftigung: Vollzeit Teilzeit geringfügig (< 10 Std./Woche)

Keine 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: _____

7. Erklärung zum Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung

Bitte zutreffendes Feld bzw. zutreffende Felder ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	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 meiner Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang des Risikos absichert.
<input type="checkbox"/>	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.

8. 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: _____

9. Änderung zu anerkannten Weiterbildungen

- Ich befinde mich momentan in Weiterbildung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche:

Bitte beachten: in diesem Fall ist die Aufnahme in das Weiterbildungsregister der LPK verpflichtend!
Den gesonderten Antrag finden Sie auf der Homepage unter:
www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/weiterbildung/weiterbildungsregister.html

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychodiabetologie |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie | <input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie | |

- Ich führe eine (oder mehrere) von einer Landespsychotherapeutenkammer vergebene Zusatzbezeichnung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche.

Bitte Nachweis in Kopie beifügen!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychodiabetologie |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie | <input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie | |

- Ich bin von einer LPK anerkannte/r Weiterbildungsbefugte/r in folgendem Weiterbildungsbereich:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen!

- Ich bin von einer LPK anerkannt als Supervisor/in in folgendem Weiterbildungsbereich:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen!

- Ich bin von einer LPK anerkannt als Selbsterfahrungsleiter/in in folgendem Weiterbildungsbereich:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen!

10. Änderung des SEPA - Lastschriftmandats

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.

Hinweis: 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 Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Vorname:	Name:
----------	-------

Anschrift:



Angaben zur Bankverbindung

Kreditinstitut:

BIC: _____	IBAN: DE__ _____
------------	--------------------

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

11. Erklärung zur Angabe von Änderungen zu melderlevanten Daten

Bitte durch ankreuzen bestätigen!

- 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)

- 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.

Hinweis: Ein 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.

12. Abschluss – Erklärung

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

Ambulante Versorgung	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxisgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeinspsychiatrischem 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	Allgemeinspsychiatrisches 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

