

## 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/d):

### 2. Änderung der Anschrift

**Meine neue Privatanschrift lautet**

**Gültig ab:**

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Mobil:

Email\*:

<b><u>Meine neue Praxisanschrift lautet</u></b>	<b><u>Gültig ab:</u></b>
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
Email*:	
Homepage:	
<b><u>Meine neue Dienstanschrift lautet</u></b>	<b><u>Gültig ab:</u></b>
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 Eintragsnummer \_\_\_\_\_

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](http://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 melde relevanten 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](http://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

<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 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
<b>Stationäre Versorgung</b>	
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
<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

