

## Änderungsmeldung für Weiterbildungsbeauftragte und Weiterbildungsstätten

**Im Rahmen der WBO PP/KJP und/oder der WBO PT 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:

Sollten sich wichtige Änderungen ergeben, die die Anerkennung der Befugnis oder Stätte betreffen, sind Sie verpflichtet, diese unverzüglich der Landespsychotherapeutenkammer zu melden. Bitte verwenden Sie hierfür dieses Änderungsformular und senden dieses entweder an unsere allgemeine Postadresse oder per E-Mail an das Referat Weiterbildung. Eine Meldung der Veränderung bei der Mitgliederverwaltung ohne Hinweis auf die Relevanz für Befugnis- oder Stättenanerkennung ist nicht ausreichend. Diese Verpflichtung gilt sowohl für die Stätte als auch die Weiterbildungsbeauftragten.

<b>Generelle Angaben für die Zuordnung</b>
Ggf. Mitgliedsnummer:
Name, Vorname, Titel:
Telefon:
E-Mail:
Weiterbildungsstätte:

<b>Welche Bereichs- oder welche Gebietsweiterbildung betrifft die Veränderung?</b>	
<b>Gebiet</b>	<b>Bereich</b>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie für Erwachsene <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie <input type="checkbox"/> Sozialmedizin

**Folgende wesentliche Änderungen teile ich mit:**

<b>1. Adressänderung der Weiterbildungsstätte</b> ( <i>neue Adresse bitte hier rechts eintragen</i> )	Name:	
	Postanschrift:	
	E-Mail:	
	Telefon:	
<b>2. Beendigung oder Veränderung einer Kooperation</b>	Bitte benennen Sie hier die wegfallende Kooperation oder Veränderung und ob und wenn ja, welche Weiterbildungsabschnitte dadurch nicht mehr gewährleistet sind:	
<b>3. Veränderungen der Strukturen innerhalb der eigenen Stätte, aufgrund derer die in der WBO PP/KJP bzw. WBO PT gestellten zeitlichen, inhaltlichen, personellen, strukturellen und materiellen Anforderungen nicht mehr erfüllt werden können.</b>	Bitte benennen Sie hier die sich ändernden Komponenten, die einer Erfüllung entgegenstehen (z.B. Wegfall hinzugezogener Supervisor*innen/ Dozent*innen oder notwendiger Räumlichkeiten, Fehlen geeigneter Patient*innen):	

<p><b>4. Relevante Änderungen oder Beendigung der Tätigkeit eines/einer Weiterbildungsbeauftragten an der Stätte</b></p> <p><i>Bei Wegfall mehrerer Befugter diese Seite bitte entsprechend kopieren.</i></p>	Weiterbildungsbefugte*r:
	Art der Änderung der Tätigkeit
	<input type="checkbox"/> längerfristiger, beispielsweise krankheitsbedingter Ausfall vom: _____ bis: _____ Vertretung durch: _____
	<input type="checkbox"/> Reduktion der Arbeitszeit des/der Befugten zum (Datum): _____ auf _____ Stunden
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel zum (Datum): _____
	<input type="checkbox"/> Renteneintritt zum (Datum): _____
	<input type="checkbox"/> Beendigung der Tätigkeit als Befugte*r ohne sonstigen Arbeitsplatz- / Tätigkeitswechsel zum (Datum): _____
	<input type="checkbox"/> Sonstiges zum (Datum): _____ Nähere Angaben: _____
<p><b>5. Sonstige relevante Änderungen</b></p>	
<p><b>Ort, Datum:</b></p>	<p><b>Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift der berechtigten Vertreter*in der Einrichtung:</b></p>