

Absender
Name, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:

Landespsychotherapeutenkammer
 Rheinland-Pfalz
 Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
 55116 Mainz

Fax: 06131-93055-20
 Email: juristischesreferat@lpk-rlp.de

Berufsrechtliche Beschwerde

zur Einreichung bei der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wegen der Verletzung von berufsrechtlichen Vorschriften durch ein Kammermitglied.

Daten der/ des Beschwerdeführer*in
Nachname, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Name und Sitz der Krankenkasse:
Telefon:
E-Mail:

Für den/die Beschwerdeführer*in/ Betroffene*n handle ich als
<input type="checkbox"/> dessen Vertreter*in (bitte Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> dessen Betreuer*in (bitte Betreuungsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> dessen Erbe/ Erbin (bitte entsprechende Unterlagen zum Nachweis der Erb*innenstellung beifügen)

Die Beschwerde richtet sich gegen
Nachname, Vorname:
<input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
Einrichtung/ Klinik/ Institution:
Straße:
PLZ, Ort:

Zeitliche Angaben

Datum des Vorfalls / Daten der Vorfälle:

Ggfs. Zeitraum der Therapie:

Angaben zum Sachverhalt

Bitte schildern Sie genau, was Sie/ der/ die Beschwerdeführer*in oben genannter/ genanntem Psychotherapeut*in vorwerfen. Sollte der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Seiten der Beschwerde hinzufügen.

Abschluss- und Einverständnis-Erklärung	
<p>Ich bitte die LPK RLP der Beschwerde nachzugehen und zu prüfen, ob das Kammermitglied, gegen welches sich die Beschwerde richtet, berufsrechtliche Vorschriften verletzt hat.</p> <p>Für die Beurteilung des Sachverhalts relevante Unterlagen (z.B. Rechnungen, Berichte, etc.) sind beigelegt.</p> <p>Ich entbinde oben genannte*n Psychologische*n Psychotherapeut*in/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in von ihrer/ seiner psychotherapeutischen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass sie/ er über den Inhalt meiner Beschwerde informiert wird.</p>	
<p>Ort, Datum:</p>	<p>handsignierte Unterschrift Patient*in bzw. erziehungsberechtigte Person/ Betreuer*in/ Erb*in:</p>