

| Absender       |
|----------------|
| Name, Vorname: |
| Straße:        |
| PLZ, Ort:      |

Landespsychotherapeutenkammer  
 Rheinland-Pfalz  
 Wallaustraße 104  
 55118 Mainz

Fax: 06131-93055-20  
 Email: [juristischesreferat@lpk-rlp.de](mailto: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)<br><input type="checkbox"/> dessen Betreuer*in (bitte Betreuungsurkunde beifügen)<br><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<br><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in |
| Einrichtung/ Klinik/ Institution:                                                                                                   |
| Straße:                                                                                                                             |
| PLZ, Ort:                                                                                                                           |

### Zeitliche Angaben

Datum des Vorfalls / Daten der Vorfälle:

Cgfs. 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><b>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.</b></p> |                                                                                               |
| Ort, Datum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | handsignierte Unterschrift Patient*in bzw. erziehungsberechtigte Person/ Betreuer*in/ Erb*in: |