

Meldebogen

zur Anmeldung bei der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

Landespsychotherapeutenkammer RLP
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz

Eingangsstempel:



Ihre Daten werden auf gesetzlicher Grundlage erhoben. Jedes Kammermitglied ist gemäß § 1 Abs. 5 HeilBG und § 1 MeldeO LPK RLP zur Angabe seiner Daten verpflichtet. Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet.

Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein, bitte separates Blatt verwenden.
Zutreffendes bitte in Blockschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

Wir bitten um folgende Angaben:

1. Persönliche Daten

Nachname:	
Rufname:	Weitere Vornamen:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort/-staat:	Muttersprache:
Geschlecht (m/w):	Staatsangehörigkeit:

2. Anschriften

**Die Korrespondenz der LPK erfolgt an die Privatadresse (derzeitige Anschrift) und/oder per E-Mail!
Bitte ebenfalls alle Anschriften im Zuständigkeitsbereich von anderen Kammern angeben!**

Privatanschrift

Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail*:	

<u>Praxisanschrift</u>	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail*:	
Homepage:	
<u>Dienstanschrift</u>	
Arbeitgeber:	
Dienststelle:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail*:	
Homepage:	
<u>Weitere Anschriften:</u>	
Praxis- oder Dienstanschrift	
<small>(nicht zutreffendes streichen)</small>	
Arbeitgeber:	
Dienststelle:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
Mobil:	
E-Mail*:	
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. Angaben zur Berufsausbildung

3.1 Hochschul- / Universitätsausbildung

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!

3.2 Psychotherapeutische Ausbildung

Ausbildungsinstitut:

Therapieverfahren:

Abschluss der Ausbildung am: _____



4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

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. Angaben zur sozialrechtlichen Zulassung und Fachkunde

Sozialrechtliche Zulassung

(Vertragspsychotherapeutenzulassung, Ermächtigung, Sonderbedarfszulassung – siehe Seite 10)

Bitte Kopie des Arzt-/Psychotherapeutenregisterauszugs und ggf. des Zulassungsbescheids einreichen!

Zulassung seit (genaues Datum): _____

mit: vollem Versorgungsauftrag hälftigem Versorgungsauftrag

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Ermächtigung als: <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP	Körperschaft des öffentlichen Rechts seit/von: _____ bis: _____
Sonderbedarfszulassung für: _____	
seit/von: _____ bis: _____	
Fachkunde/n (Nachweis über Bescheid der Eintragung in das Arztregister) Bitte Kopie des Arzt-/Psychotherapeutenregistrauszuges einreichen!	
<input type="checkbox"/> Eintragung im Arzt-/Psychotherapeutenregister 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. Angaben zur Berufsausübung				
Art der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> beamtet	<input type="checkbox"/> keine Tätigkeit
	↪ Ziffer 6.1	↪ Ziffer 6.2	↪ Ziffer 6.2	↪ Ziffer 6.4
6.1 Art der selbständigen Tätigkeit:				
Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 9) an!				
<input type="checkbox"/> Tätigkeit gemäß Ziff.: _____				
<input type="checkbox"/> auf Honorarbasis				
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____				
Umfang der Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)				
Selbständig tätig seit (genaues Datum):				
6.2 Art der nicht selbständigen Tätigkeit:				
Bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gemäß beigefügter Auflistung (Seite 9) an!				
<input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung, Ziff.: _____		<input type="checkbox"/> Forensische Einrichtung, Ziff.: _____		
<input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung, Ziff.: _____		<input type="checkbox"/> Einrichtung nach Sozialgesetzbuch, Ziff.: _____		
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle, Ziff.: _____		<input type="checkbox"/> Sonstige Institution, Ziff.: _____		
Umfang der Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)				
Beginn der Beschäftigung (genaues Datum):				
6.3 Weitere Tätigkeiten:				
<input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Gutachter <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

6.4 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: _____

6.5 Letzte berufliche Tätigkeit(en)**:

Bitte geben Sie das genaue Datum an!

- nicht zutreffend
- angestellt bei (bitte alle Arbeitgeber auflisten):
 1. Name des Arbeitgebers: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____
 2. Name des Arbeitgebers: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____
 3. Name des Arbeitgebers: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____
- freiberuflich/selbständig (bitte alle Tätigkeiten auflisten)
 1. als: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____
 2. als: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____
 3. als: _____
Ort: _____ von : _____ bis: _____



** Diese Angaben sind freiwillig. Wir bitten jedoch darum, uns diese Informationen zur Verfügung zu stellen, um die gesundheitsversorgungsbezogene Relevanz unserer beiden Berufsgruppen angemessen differenziert darstellen zu können. Hierbei geht es u.a. um die Ermöglichung aussagefähiger Analysen zur Mitgliederstruktur der Kammer (z.B. zur Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene, zur Planung innerhalb der Kammer oder im Rahmen der Berichterstattung).

7. Angaben 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!

8. 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 Jugendlichen-psychotherapeut/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.

9. Angaben 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: _____

10. SEPA - Lastschriftmandat

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. Datenschutz – Erklärung

Ich habe die Informationen für den Datenschutz für Mitglieder der LPK RLP erhalten (Seite 11-14 dieses Meldebogens) und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin damit über die Erhebung der Daten und den Verarbeitungszweck informiert. Ebenso habe ich Kenntnis über meine freiwilligen Angaben, sowie die Möglichkeit des Widerrufs dieser Angaben für die Zukunft.

Vor dem Hintergrund dieser Informationen stimme ich der Erhebung meiner Daten zu.

Ort, Datum:

Unterschrift:

12. Versand Newsletter der LPK-RLP

Bitte durch ankreuzen bestätigen!

Als Service für unsere Mitglieder versenden wir ca. 4-6mal im Jahr einen Newsletter per E-Mail, der über Aktivitäten der Kammer und weitere relevante Themen rund um die Psychotherapie informiert.

- Ja, ich möchte regelmäßig Informationen per Newsletter erhalten.
- Nein, ich benötige den Newsletter nicht.

Hinweis: Der Newsletter kann jederzeit über die Homepage der LPK-RLP unter dem Link www.lpk-rlp.de/news/newsletter.html abonniert oder auch abgemeldet werden.



13. Erklärung zur Angabe von Änderungen zu melderelevanten 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.

14. 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.

Dem Meldebogen sind die amtlich beglaubigten Fotokopien der Approbationsurkunde/n, des/der zugehörigen Zeugnisse/s, ggf. der Promotions-/Habitationsurkunde bzw. der Ernennungsurkunde beigelegt. Ebenso alle weiteren angeforderten Belege in Kopie.

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



Erläuterung zum Begriff „Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“

Die Vertragspsychotherapeutenzulassung (genauer: „sozialrechtliche Zulassung“) bezeichnet in Deutschland die Berechtigung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen. Die Vertragspsychotherapeutenzulassung erfolgt in Deutschland durch einen rechtsfähigen Bescheid des Zulassungsausschusses. Sie erfolgt auf Beschluss eines Zulassungsausschusses der KV und gilt nur für den Bezirk des Vertragsarztsitzes.

Erläuterung zum Begriff „Ermächtigung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“

Wer gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und Leistungen mit der KV abrechnen möchte, ohne dass er als Vertragsarzt tätig ist, braucht dafür eine Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Vom Zulassungsausschuss für Ärzte, PP und KJP können Ärzte, PP und KJP zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn bestimmte Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Eine solche Ermächtigung ist in der Regel auf drei Jahre befristet. Die Ermächtigung muss schriftlich beantragt werden und ist nur auf ambulante vertragsärztliche Leistungen beschränkt, die über die niedergelassenen Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden.

Erläuterung zum Begriff „Sonderbedarfszulassung“

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gilt die Zulassungsbeschränkung auf der Grundlage der Bedarfsplanung. Eine Ausnahme der Beschränkung stellt die Sonderbedarfszulassung dar, die seitens des Zulassungsausschusses der KV dann ausgesprochen werden kann, wenn ein besonders qualifizierter Bewerber in einem Spezialgebiet einen lokal begrenzten Versorgungsbedarf dauerhaft abdecken kann. Diese Ermächtigung erlaubt zeitlich befristet die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.



INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ FÜR KAMMERMITGLIEDER

Liebes Kammermitglied,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die LPK RLP Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:	Die zuständige Datenschutzbeauftragte ist:
Vorstand der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz	Saskia Kollarich
Diether-von-Isenburg-Straße 9-11	Diether-von-Isenburg-Straße 9-11
55116 Mainz	55116 Mainz
Telefon: 06131-93055-10	Telefon: 06131-93055-15
E-Mail: service@lpk-rlp.de	E-Mail: juristischesreferat@lpk-rlp.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die LPK RLP verarbeitet und speichert personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und dem Datenschutzgesetz Rheinland-Pfalz (LDSG RLP). Sie ist zulässig, wenn es hierfür eine gesetzliche Verpflichtung oder eine Einwilligung gibt, die Verarbeitung zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten erfolgt oder die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder im öffentlichen Interesse vorgenommen wird.

Im Rahmen der Meldeverwaltung werden insbesondere folgende Daten verarbeitet: Angaben zur Person, Anschriften, Angaben zur grundständigen Berufsausbildung, Angaben zur staatlichen Berufszulassung, Fachkundenachweise, vertragspsychotherapeutische Zulassung, Berufsausübung, Beschäftigungsstatuts, Fremdsprachenkenntnisse, Berufshaftpflichtversicherung, Bankverbindung, Mitgliedschaften in anderen Kammern.

2.1 Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c, Abs. 2 und Abs. 3 DSGVO)

Die gesetzlichen Verpflichtungen ergeben sich aus dem Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (HeilBG RLP) und weiteren Gesetzen. Diese sind insbesondere:



- Regelung und Durchführung der psychotherapeutischen Weiterbildung
- Ausübung der Berufsaufsicht
- Förderung und Betreiben der Fortbildung von Kammermitgliedern
- Förderung und Betreiben der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Erfüllung seiner Aufgaben
- Stellungnahmen und Fachgutachten für Behörden und Aufsichtsbehörden
- Führung eines Verzeichnisses der Kammermitglieder und dienstleistenden Berufsangehörigen
- Durchführung von Wahlen zur Kammerversammlung
- Übermittlung von Meldungen an untere Gesundheitsbehörden, Berufszulassungsbehörden und anfragende Behörden europäischer Staaten
- Benennung von Sachverständigen für Behörden und Gerichte
- Streitschlichtung im Rahmen der Berufsausübung nach HeilBG RLP
- Wahrnehmung der beruflichen Interessen der Kammerangehörigen
- Herausgabe von Heilberufsausweisen und sonstigen Bescheinigungen
- Information der Kammerangehörigen und der Öffentlichkeit über die Kammertätigkeit und berufsbezogene Themen
- Erfassen von Nachweisen von Fort- und Weiterbildungen sowie fachliche Qualifikationen
- Erteilung von Fortbildungszertifikaten
- Führung von Sachverständigenlisten nach unseren Verwaltungsvorschriften
- Aufgaben als zuständige Stelle nach § 117 Versicherungsvertragsgesetz im Zusammenhang mit Berufshaftpflichtversicherung
- Erhebung von Beiträgen und Gebühren im Rahmen der Kammeraufgaben



2.2 Einwilligung (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO in Verbindung mit § 33 LDSG RLP)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Verarbeitung auf Basis dieser Einwilligung rechtmäßig. Eine Schlichtung ist ohne Einwilligung beider betroffener Parteien nicht möglich.

2.3 Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 9 Abs. 2 lit. f DSGVO)

Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 DSGVO kann erlaubt sein, wenn dies erforderlich ist, um rechtliche Ansprüche, sei es in einem Gerichtsverfahren oder in einem Verwaltungsverfahren oder in einem außergerichtlichen Verfahren geltend zu machen, auszuüben oder zu verteidigen.

2.4 Verarbeitung im öffentlichen Interesse (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e, Abs. 2 und 3 DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO)

Die Verarbeitung ist rechtmäßig, wenn sie für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) ist ebenfalls zulässig, wenn dies aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können sein: Eingesetzte Auftragsverarbeiter (z.B. in den Bereichen IT-Dienstleistungen, Druckdienstleistungen sowie Archivierung und Entsorgung), Behörden (z. B. Aufsichtsbehörden, Berufszulassungsbehörden, Psychotherapeutenkammern, Gesundheitsbehörden, Versorgungswerk der Psychotherapeuten, Meldebehörden), Gerichte, Staatsanwaltschaften, Rechtsanwälte, Kammermitglieder, sonstige betroffene Personen, Versicherer bzw. Beauftragte, Gutachter, Öffentlichkeit (bei Eintragung in die Psychotherapeutensuche).

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich ist oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen. Darüber hinaus gelten für die Kammer gesetzliche Aufbewahrungspflichten und verwaltungsverfahrensrechtliche Verjährungsfristen. Mitgliedschaftsbezogene Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft und darüber hinaus solange aufbewahrt, wie dies im Interesse des Mitgliedes (z. B. Kammerwechsel, Umzug ins Ausland) notwendig ist.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. In diesen Fällen bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf unberührt.



Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz
Hintere Bleiche 34
55116 Mainz
Telefon 06131 208-2449
Fax 06131 208-2497
poststelle@datenschutz.rlp.de



6. VERPFLICHTUNG ZUR BEREITSTELLUNG

Im Rahmen der jeweiligen Beziehung zur LPK RLP müssen die personenbezogenen Daten bereitgestellt werden, die erforderlich sind, damit wir unsere gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten erfüllen oder ihre Anliegen bearbeiten können. Die Nichtbereitstellung der erforderlichen Daten kann zur Folge haben, dass der Vorgang nicht oder nur nach vorhandenem Sachstand bearbeitet werden kann. Kammermitglieder sind nach Maßgabe des HeilBG RLP verpflichtet, Angaben zu machen, Auskünfte zu geben und Nachweise vorzulegen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Stand Oktober 2018