

Meldebogen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Zur Anmeldung als Kammermitglied für **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** mit einer Approbation nach § 2 PsychThG vom 15.11.2019 (gemäß § 5 Heilberufsgesetz).

1. Angaben zur Person

Kenn-Nummer: _____
(wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben)

Familienname: _____

Vorname/n: _____
(Rufname unterstreichen)

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort/Staat: _____

jetzige Staatsangehörigkeit: _____

frühere Staatsangehörigkeit: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

1.1 Privatanschrift

Straße + Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

1.2 Postzustellung*

Privatanschrift Praxisanschrift Dienstanschrift

*nur für Informationsschreiben (z.B. Newsletter, Psychotherapeutenjournal o.ä.) - amtliche Schreiben müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen an Ihre Privatanschrift gesandt werden

2. Fremdsprachenkenntnisse

_____	<input type="checkbox"/> muttersprachlich	<input type="checkbox"/> fließend	<input type="checkbox"/> grundlegend
_____	<input type="checkbox"/> muttersprachlich	<input type="checkbox"/> fließend	<input type="checkbox"/> grundlegend
_____	<input type="checkbox"/> muttersprachlich	<input type="checkbox"/> fließend	<input type="checkbox"/> grundlegend

3. Angaben zur grundständigen Berufsausbildung

Master of _____
_____ Universität / Hochschule

_____ Ort / Datum

weiterer Universitäts-/Hochschulabschluss: _____

3.1 Akademischer Titel

Dr. _____ Prof. PD (Privatdozent)

Universität: _____

Ort / Datum: _____

4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

APPROBATION

Psychotherapeutin / Psychotherapeut gemäß § 2 PsychThG vom 15.11.2019

Urkunde ausgestellt am: _____

Bundesland: _____

Behörde: _____

ERLAUBNIS zur vorübergehenden Berufsausübung:

Psychotherapeutin / Psychotherapeut gemäß § 3 PsychThG vom 15.11.2019

Erlaubnis vom: _____ bis: _____

Behörde: _____

Tätigkeit beschränkt auf: _____

5. Fachkunde

5.1 Weiterbildungsbezeichnung/Gebietsbezeichnung (gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landespsychotherapeutenkammer)*

- Fachpsychotherapeutin / Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche
- Fachpsychotherapeutin / Fachpsychotherapeut für Erwachsene
- Fachpsychotherapeutin / Fachpsychotherapeut für Neuropsychologische Psychotherapie

*sofern Sie hierüber keine Urkunde der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen erhalten haben, fügen Sie bitte eine amtlich beglaubigte Kopie der Bescheinigung der Landespsychotherapeutenkammer bei, bei der die Weiterbildungsbezeichnung anerkannt wurde.

5.2 In der Gebietsweiterbildung vermittelte

5.2.1 Psychotherapieverfahren*

- Analytische Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Systemische Therapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Tiefenpsych. fund. Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Verhaltenstherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche

5.2.2 Nur bei Gebietsweiterbildung Neuropsychologische Psychotherapie: Methoden und Techniken eines Psychotherapieverfahrens*

- Systemische Therapie
- Tiefenpsych. fund. Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

*sofern Sie hierüber keine Urkunde der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen erhalten haben, fügen Sie bitte eine amtlich beglaubigte Kopie der Bescheinigung der Landespsychotherapeutenkammer bei, bei der die Gebietsweiterbildung anerkannt wurde.

5.3 Psychotherapieverfahren, die im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen sind (Eintrag im Arztregister)

- Analytische Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Systemische Therapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Tiefenpsych. fund. Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Verhaltenstherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche

Eintrag bei: KVNO KVWL andere _____

Eintragungsdatum: _____

5.4 Zusatzbezeichnung (gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landespsychotherapeutenkammer)*

- Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
- Spezielle Schmerztherapie
- Sozialmedizin
- Analytische Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Systemische Therapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Tiefenpsych. fund. Psychotherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- Verhaltenstherapie → Erwachsene Kinder u. Jugendliche
- andere: _____

*sofern Sie hierüber keine Urkunde der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen erhalten haben, fügen Sie bitte eine amtlich beglaubigte Kopie der Bescheinigung der Landespsychotherapeutenkammer bei, bei der die Zusatzbezeichnung anerkannt wurde.

5.5 Sozialrechtliche Zulassung (=Kassenzulassung)

- KVNO
- KVWL
- andere: _____
- keine Zulassung

- Art der Zulassung:
- regulärer Versorgungsauftrag
 - Jobsharing (keine Anstellung)
 - Ermächtigung n. Übergangsregelung § 95 Abs. 11 SGB V
 - Sonstige Ermächtigung
 - Ruhen der Zulassung von _____ bis _____

Berufsausübung

6.1 freiberufliche / selbständige Tätigkeit (PRAXIS)

Straße + Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

- Einzelpraxis → mit Kassenzulassung (KV-Nr.)
 Privatpraxis

- Gemeinschaftspraxis → mit gemeinsamer KV-Nr.
 Jobsharing (keine Anstellung)

Name Praxispartnerin / Praxispartner

- Praxisgemeinschaft → mit jeweils eigener KV-Nr.
 mit und ohne KV-Nr.
 ohne KV-Nr.

Name Praxispartnerin / Praxispartner

6.2 freiberufliche / selbständige Tätigkeit (SONSTIGE)

GutachterIn im Fachgebiet: _____

SupervisorIn, TrainerIn, Coach o.Ä.: _____

Sonstiges: _____

Beendigung Ausbildungsfälle (Ort: _____)

6.3 angestellte / beamtete Tätigkeit (DIENSTANSCHRIFT)

Arbeitgeberin / Arbeitgeber: _____

Straße + Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

angestellt bei:

- niedergelassene Psychotherapeutin /
niedergelassener Psychotherapeut: _____

Einrichtungen der vertraglichen Gesundheitsversorgung:

- Psychotherapeutische Hochschulambulanz
- Allgemeinpsychiatrische Klinik f. Erwachsene → ambulant
 stationär
- Gerontopsychiatrische Klinik → ambulant
 stationär
- Kinder- / Jugendpsychiatrische Klinik → ambulant
 stationär
- Psychosomatische, psychoth.-med. Klinik → ambulant
 stationär
- sonstige somatische Klinik mit Versorgungsauftrag → Sozialpädiatrisches Zentrum
 stationärer Bereich
 andere ermächtigte ambulante Ein-
richtung d. Krankenhauses
- Einrichtung d. med. Rehabilitation, Vorsorge, Anschlussheilbehandlung
- Suchtklinik
- reine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag
- sonstige: _____

Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung:

- Behindertenhilfe → ambulant
 stationär
- Jugendhilfeeinrichtungen → ambulant
 stationär

Beratungsstellen:

- Ehe-/Erziehung-/Lebensberatung
- Schulpsychologischer Dienst
- Suchtberatung
- sonstige: _____

Forensische Einrichtungen:

- Maßregelvollzug
- Strafvollzug

Sonstige Einrichtungen:

- Hochschule / Universität (Forschung u. Lehre)
- Behörde / Öffentlich-rechtliche Körperschaft / Verband
- Industrie / Wirtschaft
- sonstige: _____

6.4 Beschäftigungsstatus

- angestellt ODER beamtet
- Vollzeit ODER Teilzeit (Wochenstd. _____)
- unbefristeter Vertrag ODER befristeter Vertrag

Nebentätigkeit

- freiberuflich in der Patientenversorgung (Wochenstd. _____)
- sonstig freiberuflich tätig (Wochenstd. _____)

Nicht berufstätig

- Pension / Rente / Ruhestand / passive Altersteilzeit
- arbeitssuchend
- gesetzliche Elternzeit (bitte geben Sie hier ggf. unter Punkt 6 Ihre Praxis-/Dienstanschrift an)
- Haushalt / Familienpause
- berufsunfähig
- sonstiges: _____

Mir ist bekannt, dass ich **alle Änderungen** in Bezug auf die hier gemachten Angaben der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zukünftig **innerhalb eines Monats** zu melden habe. Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Rücksendung an:

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 52 28 47 - 0
Fax: 0211 - 52 28 47 - 15
E-Mail: info@ptk-nrw.de