

Änderung der Dienstanschrift

Mitteilung gemäß § 5 Heilberufsgesetz
(für angestellte / beamtete Tätigkeiten)

Kenn-Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

DIENSTANSCHRIFT angestellte / beamtete Tätigkeit

Arbeitgeber: _____

Straße + Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

angestellt bei:

niedergelassene/r PsychotherapeutIn: _____

Einrichtungen der vertraglichen Gesundheitsversorgung:

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

Beschäftigungsstatus

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

BITTE FÜGEN SIE EINE AKTUELLE ERKLÄRUNG ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG BEI.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Rücksendung an:

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