

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

Kenn-Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

DIENSTANSCHRIFT angestellte / beamtete Tätigkeit

gültig ab: _____

Dies ist ab diesem Datum meine einzige Dienstanschrift → Ja Nein (s. unten)

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

Weitere berufliche Tätigkeiten

- keine
 angestellt UND/ODER selbstständig
- Jede weitere Tätigkeit bitte auf einem separaten Blatt melden. Bitte auch angeben, soweit diese Tätigkeiten der Kammer bereits gemeldet wurden.

Bitte fügen Sie eine aktuelle Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung bei!
(Formular unter: [https://www.ptk-nrw.de/berufsstand/mitgliedschaft „Änderungsmitteilungen“](https://www.ptk-nrw.de/berufsstand/mitgliedschaft_„Änderungsmitteilungen“))

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