

**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 berufliche Anschrift / Tätigkeit:  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"/> ambulant   |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrische Klinik f. Erwachsene →                        | <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<br>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