

## Meldebogen der Psychotherapeutenkammer NRW

Zur Anmeldung als Kammermitglied für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (gemäß § 5 Heilberufsgesetz).

### 1. Angaben zur Person

Kenn-Nummer: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_  
(Rufname unterstreichen)

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Staat: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

männlich       weiblich       divers

### 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

\_\_\_\_\_  muttersprachlich       fließend       grundlegend

\_\_\_\_\_  muttersprachlich       fließend       grundlegend

\_\_\_\_\_  muttersprachlich       fließend       grundlegend

### 3. Angaben zur grundständigen Berufsausbildung

- Master of \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Psych. \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Päd. \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Soz.Päd. \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Soz.Arb. \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Sond.Päd. \_\_\_\_\_
  - Dipl.-Heil.Päd. \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- weiterer Universitäts-/Hochschulabschluss: \_\_\_\_\_

Universität / Hochschule

Ort / Datum

#### 3.1 Akademischer Titel

- Dr. \_\_\_\_\_       Prof.       PD (Privatdozent)

Universität: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

#### APPROBATION

- Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Approbation gemäß:  § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)  
 § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

#### befristete ERLAUBNIS zur Berufsausübung gem. § 4 PsychThG als:

- Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut

Erlaubnis vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Behörde: \_\_\_\_\_

Tätigkeit beschränkt auf: \_\_\_\_\_

## 5. Fachkunde

### 5.1 Ausgebildet in:

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- andere: \_\_\_\_\_

### 5.2 Weiterbildungsbezeichnung (gemäß Weiterbildungsordnung einer Psychotherapeutenkammer\*)

- Neuropsychologische Therapie
- Systemische Therapie
- andere: \_\_\_\_\_

\*sofern Sie die Weiterbildungsbezeichnung nicht von der PTK NRW erhalten haben, fügen Sie diese bitte in amtlich beglaubigter Kopie bei

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

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

Eintrag bei:  KVNO  KVWL  andere \_\_\_\_\_

Eintragungsdatum: \_\_\_\_\_

### 5.4 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 \_\_\_\_\_

## 6. 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 Praxispartner

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

\_\_\_\_\_  
Name 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)

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**angestellt bei:**

niedergelassene/r PsychotherapeutIn: \_\_\_\_\_

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 Einrichtung 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 NRW zukünftig innerhalb eines Monats zu melden habe. Dies gilt insbesondere für Änderungen der Anschriften.  
Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

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