

Meldebogen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

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