

# Psychotherapeutenkammer NRW

## Meldebogen für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

gem. § 5 Heilberufsgesetz-NRW

Kenn-Nummer:

### 1. Angaben zur Person

#### Familiename:

Vorname / Rufname:

Geburtsdatum:

Weitere Vornamen: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Staat:

Geburtsname:

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

weiblich     männlich

### 2. Anschriften

#### Privatanschrift:

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Praxis-Anschrift (ggf. Stempel):

*(Angabe auch für Beamte/Angestellte mit freiberuflicher Nebentätigkeit in eigener Praxis)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

#### Dienstanschrift (ggf. Stempel):

*(Beamte/Angestellte)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Gewünschte Postanschrift für Informationsschreiben der PTK NRW bitte ankreuzen:  
(amtliche Schreiben müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen an Ihre Privatanschrift gesandt werden)

Praxisanschrift

Dienstanschrift

Privatanschrift

### 3. Angaben zur grundständigen Berufsausbildung

#### Hochschul-/Universitätsausbildung, Abschluss:

- Dipl.-Psych. \_\_\_\_\_
- Dipl.-Päd. \_\_\_\_\_ Universität, Hochschule /Ort/Datum: \_\_\_\_\_
- Dipl.-Soz.Päd. \_\_\_\_\_
- Dipl.-Soz.Arb.  MA, BA, Magister in: \_\_\_\_\_
- Dipl.-Sond.Päd.  weiterer Univ.-/Hochschulabschluss: \_\_\_\_\_
- Dipl.-Heil.Päd. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Akademischer Titel:**  Promotion: \_\_\_\_\_, Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Universität/Ort/Datum: \_\_\_\_\_
- Habilitation: \_\_\_\_\_  
Universität/Ort/Datum: \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung (Approbation, Erlaubnis)

#### Approbation als Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut

- Approbation:  gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)  
 gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)
- Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_
- von (Behörde): \_\_\_\_\_

#### Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

- Approbation:  gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)  
 gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)
- Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_
- von (Behörde): \_\_\_\_\_

#### **Befristete Erlaubnis** zur Berufsausübung als

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- gem. § 4 PsychThG
- Erlaubnis vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Ausstellende Behörde (Name, Sitz): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
- Tätigkeit beschränkt auf: \_\_\_\_\_

## 5. Fachkundenachweise und sozialrechtliche Zulassung

### 5.1 Ausgebildet in (Mehrfachnennungen möglich):

- Analytische Psychotherapie     Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie  
 Gesprächspsychotherapie     Gestalttherapie     Neuropsychologische Therapie  
 Psychodrama     Systemische Therapie  
 andere \_\_\_\_\_

### 5.2 Fachkunden, die im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen sind (Nachweis über Bescheid der Eintragung in das Arztregister):

- |  |                                     |  |                                  |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Analytische Psychotherapie</b>                   | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder u. Jugendliche | <input type="checkbox"/> Gruppen |
| <input type="checkbox"/> <b>Verhaltenstherapie</b>                           | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder u. Jugendliche | <input type="checkbox"/> Gruppen |
| <input type="checkbox"/> <b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b> | <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder u. Jugendliche | <input type="checkbox"/> Gruppen |
- Bescheid vom: \_\_\_\_\_     KVWL     KVNo     andere

### 5.3 Verfügen Sie über eine Sozialrechtliche Zulassung (= Kassenzulassung)?

- Ja                                       Nein
- wenn ja:
- KVWL                                       KVNo
- reguläre Zulassung                       Zulassung mit Jobsharing                       Ruhen d. Zulassung  
 Ermächtigung n. Übergangsregelung § 95 Abs. 11 SGB V                       sonstige Ermächtigung

## 6. Berufsausübung (Bitte alle Beschäftigungsverhältnisse zu 6.1 bis 6.4 angeben)

### 6.1 Freiberuflich niedergelassen als Psychotherapeutin / Psychotherapeut:

- Einzelpraxis                                       mit eigener KV-Nr (GKV-Abrechnung)  
 ohne eigene KV-Nr (Privat-Abrechnung)
- Gemeinschaftspraxis                               mit gemeinsamer KV-Nr. / Praxispartner ist:  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- mit Jobsharing, Jobsharingpartner ist:  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- mit jeweils eigener KV-Nr./ Partner ist:  
Frau / Herr \_\_\_\_\_

## 6.2 **Freiberuflich selbstständig tätig als:**

- Gutachter/in im Fachgebiet: \_\_\_\_\_
- Supervisor/in, Trainer, Coach o.Ä.: \_\_\_\_\_
- sonstig: \_\_\_\_\_

## 6.3 **Nicht selbstständig beschäftigt in der psychotherapeutischen Versorgung - Tätig in einer der folgenden Einrichtungen**

- bei niedergel. Psychotherapeuten** Frau / Herr \_\_\_\_\_  
in der ambulanten Versorgung

### **Einrichtungen der vertraglichen Gesundheitsversorgung**

- Psychotherapeutische Hochschulambulanz*
- Allgemeinpsychiatrische Klinik f. Erwachsene*
  - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil-/stationär
- Gerontopsychiatrische Klinik*
  - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil-/stationär
- Kinder/Jugendpsychiatrische Klinik*
  - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil-/stationär
- Psychosomatische, psychoth.-med. Klinik*
  - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil-/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
- Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)  ambulant  stationär

### **Beratungsstellen**

- Ehe/Erziehung/Lebensberatung  Schulpsychol. Dienst  Suchtberatung
- sonstige Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

### **Forensische Einrichtungen**

- Maßregelvollzug  Strafvollzug

### **Andere Institutionen**

- Hochschule/Universität (Forschung u. Lehre)
- Behörde / Öffentlich-rechtliche Körperschaft / Verband: \_\_\_\_\_
- Industrie/Wirtschaft: \_\_\_\_\_
- sonstige: \_\_\_\_\_

**6.4 Beschäftigungsstatus**

- angestellt  beamtet
- Vollzeit  Teilzeit / Wochenstd. \_\_\_\_\_
- unbefristeter Arbeitsvertrag  befristeter Arbeitsvertrag

**Nebentätigkeit**

- freiberuflich in der Patientenversorgung
- sonstig freiberuflich tätig  
mit einer durchschnittlichen Wochenstundenzahl von \_\_\_\_\_ Stunden

**Nicht berufstätig**

- in Pension/ Rente/ Ruhestand/ passive Altersteilzeit
- arbeitslos
- gesetzliche Elternzeit
- Haushalt / Familienpause
- berufsunfähig
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Verfügen Sie über Fremdsprachenkenntnisse?**

<input type="checkbox"/> Wenn ja:	Sprache	Kenntnisse		
	_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
	_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
	_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
	_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende

Mir ist bekannt, dass ich **alle Änderungen** in Bezug auf die hier gemachten Angaben **der Landespsychotherapeutenkammer** 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: \_\_\_\_\_

Eigenhändige Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte benutzen Sie zum Versand die Anschrift auf der Rückseite!**

Psychotherapeutenkammer NRW  
Willstätterstrasse 10  
40549 Düsseldorf

---