

## Änderung der Dienstanschrift

### Meldung des Kammermitglieds

gem. § 5 Heilberufsgesetz-NRW

Name, Vorname (bitte in Druckschrift)

Kenn-Nummer:

-Geb.-Datum: T\_\_\_\_, M\_\_\_\_, J\_\_\_\_

- nicht mehr abhängig beschäftigt  
 angestellt       beamtet

- Vollzeit       Teilzeit

Dienstanschrift (ggf. Stempel) (Beamte/Angestellte):

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

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

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

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

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

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

### Abhängig beschäftigt in einer der folgenden Einrichtungen

bei **niedergel. Psychotherapeuten** (Name) \_\_\_\_\_

### Einrichtungen der vertraglichen Gesundheitsversorgung

- Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
 Allgemeinpsychiatr. Klinik f. Erw.       Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag       teil-/stationär  
 Gerontopsychiatrische Klinik       Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag       teil-/stationär  
 Kinder/Jugendpsychiat. Klinik       Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag       teil-/stationär  
 Psychosomatische. 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 Klinik: \_\_\_\_\_

### Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung

- Behindertenhilfe       ambulant       stationär  
 Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)       ambulant       stationär

### Beratungsstellen

- Ehe/Erziehung/Lebensberatung       Schulpsychol. Dienst       Suchtberatung       sonstige

### Forensische Einrichtungen

- Maßregelvollzug       Strafvollzug

### Andere Institutionen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Rücksendung an: Psychotherapeutenkammer NRW, Willstätterstraße 10, 40549 Düsseldorf

Telefon 0211-52 28 47 -0, Fax 02 11 – 52 28 47 -15, Email info@ptk-nrw.de