

# 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: \_\_\_\_\_  
(wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben)

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 (gem. 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