

MELDEBOGEN

für die Erfassung der Mitglieder der
**Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin**
- Körperschaft Öffentlichen Rechts -

Nach §§ 4 und 5 Berliner Heilberufekammergesetz (BlnHKG) in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin sind alle Kammerangehörigen verpflichtet, sich mit diesem Formblatt anzumelden. Die Kammer ist im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen berechtigt, diese Angaben zu speichern und weiterzuverarbeiten. Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung liegt diesem Meldebogen eine Information zur Datenverarbeitung bei. Hier freiwillig abgefragte Angaben sind entsprechend gekennzeichnet.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Druckbuchstaben aus! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Persönliche Angaben

Anrede: Frau Herr ohne Anrede

Titel, Name, Vornamen: _____
(Rufname bitte unterstreichen!)

Meldeanschrift

sonstige Anschrift

c/o

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Praxisanschrift

sonstige Dienstanschrift

Praxis/ Dienststelle:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

(Weitere Dienstanschriften bitte auf einem gesonderten Blatt beilegen!)

Gewünschte Postanschrift Privat Praxis Dienst Sonstige

(freiwillige Angabe):

Homepage (freiwillige Angabe):

M E L D E B O G E N

Persönliche Angaben

weiblich

männlich

divers

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

früher geführte
Namen: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Betreuungsverhältnisse

Name des Betreuers: _____

c/o _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Insolvenzverfahren

Amtsgericht: _____ Aktenzeichen: _____

Insolvenzverwalter _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

M E L D E B O G E N

Angaben zur Berufserlaubnis *

(Approbation und Fachkunde sind im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen)

Urkunde ausgestellt

am _____ in _____ von (Behörde) _____

- Approbation als PP
 Approbation als KJP
 Befristete Erlaubnis als PP
 Befristete Erlaubnis als KJP

Approbationsbegründende psychotherapeutische Ausbildung

- analytisch
 gesprächspsychotherapeutisch
 tiefenpsychologisch fundiert
 systemisch
 verhaltenstherapeutisch

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

Qualifizierende Universitäts- /Hochschul- /Fachhochschulausbildung *

(Abschlüsse sind im Original oder amtlich beglaubigter Abschrift vorzulegen)

Akademischer Grad _____ am _____

Universität/Hochschule/FH _____

Weiterer akademischer
Grad _____

am _____

Universität/Hochschule/FH _____

Promotion/Habilitation/Titel _____

am _____

Universität _____

* Hinweis:

Sollten Sie Berufsangehörige/r im Sinne des § 2 Abs. 3 Nr. 1 und 2 BlnHKG sein, so greifen ggfs. Nachweiserleichterungen gem. § 4 Abs. 2 Satz 2 und 3 BlnHKG. Hierzu nehmen Sie bitte mit der PTK Berlin gesondert Kontakt auf. Den Text des BlnHKG finden Sie unter: http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/berliner_heilberufekammergesetz_vom_2_november_2018.pdf

M E L D E B O G E N

Weitere psychotherapeutische Ausbildungen *

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren, Methoden und Techniken)

1. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

2. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

3. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

(Wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt beilegen)

Angaben zu einer abgeschlossenen und von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannten Weiterbildung *

(Abschlüsse sind im Original oder beglaubigter Abschrift vorzulegen)

Psychotherapeutische Weiterbildung absolviert in

Verfahren: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

erworbener Zusatztitel: _____

Psychotherapeutische Weiterbildung absolviert in

Verfahren: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

erworbener Zusatztitel: _____

* Siehe Hinweis Seite 3 des Meldebogens

M E L D E B O G E N

Eintrag ins Arzt-/Psychotherapeutenregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV):

nein ja

Eintragungsnr.: _____

Wenn ja, KV-Name: _____

Bescheid vom: _____

Abrechnungsgenehmigung bei der KV:

KV-Zulassung LANR.: _____ Zulassung seit: _____

Ermächtigung seit / von – bis _____

<input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Zweitabrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitgliedschaft in anderen (Heilberufe-)Kammern in einem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland

nein ja

Wenn ja, Name der Kammer: _____

EFN-Nummer: _____

BPN-Nummer: _____

Frühere Kammermitgliedschaften

Name der Kammer: _____

von – bis: _____

Sprachkenntnisse (freiwillige Angabe)

Muttersprache:	2. Muttersprache:	Weitere Behandlungssprachen:

M E L D E B O G E N

Bitte geben Sie hier Art und Dauer zu Ihrer aktuellen Berufsausübung an:

Ambulante Versorgung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Somatischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrisches Zentrum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Versorgung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gerontopsychiatrische Abteilung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Somatisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Rehabilitationsklinik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Klinik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Behindertenhilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M E L D E B O G E N

Beratungsstellen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suchtberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Beratungsstelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forensische Einrichtungen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Maßregelvollzug		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Strafvollzug		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Institutionen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verwaltung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Industrie/Wirtschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gesundheitsschutz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Tätigkeit	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Coaching		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gutachter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supervisor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig	Seit tt.mm.jjjj					
<input type="checkbox"/> Ruhestand						
<input type="checkbox"/> Arbeitslos						
<input type="checkbox"/> Elternzeit						
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund						

Mir ist bekannt, dass ich gem. § 4 I Berliner Heilberufekammergesetz **alle Änderungen** dieser Angaben der Psychotherapeutenkammer Berlin **binnen eines Monats zu melden** * habe.

Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Angaben bei einem Kammerwechsel bzw. der Begründung einer weiteren Kammermitgliedschaft in einem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland zu. Diese Zustimmung ist freiwillig und jederzeit schriftlich widerrufbar.

Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

..... Ort Datum Eigenhändige Unterschrift
--------------	----------------	------------------------------------

***Hinweis:**

Für die kurzzeitige Berufsausübung im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 und 3 BlnHKG ist der Beginn der beruflichen Tätigkeit und jede nachfolgende Änderung **jeweils innerhalb von fünf Tagen** der Kammer anzuzeigen.