



# MELDEBOGEN

für die Erfassung der Mitglieder der  
**Psychotherapeutenkammer Berlin**  
- Körperschaft des Öffentlichen Rechts -

Nach §§ 4 und 5 Berliner Heilberufekammergesetz in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin sind alle gesetzlichen Mitglieder verpflichtet, sich bei der Kammer 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. Freiwillig abgefragte Angaben sind entsprechend gekennzeichnet.

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

## 1. Stammdaten

### Persönliche Angaben

Titel, Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_  
(Rufname bitte unterstreichen!)

weiblich                       männlich                       divers

Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsname		Geburtsland	
Früher geführte Namen		Staatsangehörigkeit	

### Kontakt- und Adressdaten

Gem. § 4 Abs. Nr. 2 BlnHKG alle Haupt- und Nebenwohnungen i. S. d. Melderechts

1.1 Melde-/Privatanschrift

c/o

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort

Telefon		Telefon (mobil)	
Telefax		E-Mail:	

**Kontakt- und Adressdaten**  
**(bitte alle Anschriften ab Datum der Approbationsurkunde – auch in anderen Bundesländern - angeben)**

1.2 Kontaktdaten Haupttätigkeit:  
(z. B. Praxis, MVZ, Klinik, Beratungsstelle)

Empfänger/Institution:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon

Telefon (mobil)

Telefax

E-Mail:

Website:

**1.3 weitere Praxis-/Dienstanschriften**  
**(z. B. Praxis, MVZ, Klinik, Beratungsstelle)**

Empfänger/Institution:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon

Telefon  
(mobil)

Telefax

E-Mail:

Website:

Empfänger/Institution:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon

Telefon (mobil)

Telefax

E-Mail:

Website:

Empfänger/Institution:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Telefon		Telefon (mobil)	
Telefax		E-Mail:	
Website:			

Empfänger/Institution:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Telefon		Telefon (mobil)	
Telefax		E-Mail:	
Website:			

Empfänger/Institution:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Telefon		Telefon (mobil)	
Telefax		E-Mail:	
Website:			

<b>Gewünschte Postanschrift*</b> <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Praxis-/Dienstanschrift <b>(freiwillige Angabe):</b>
---

Sofern Sie weitere Dienstanschriften (auch in anderen Bundesländern) haben, geben Sie diese bitte in der vorstehenden Form auf einem weiteren Blatt an.

*\* Bei Versand an Praxis-/Dienstanschrift und mehreren Dienstanschriften, kennzeichnen Sie die bitte die Anschrift, an die der Postversand erfolgen soll.*

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

nein     ja

Wenn ja, Name der Kammer \_\_\_\_\_

Mitglied seit \_\_\_\_\_

EFN-Nummer \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer der Kammer \_\_\_\_\_

**Frühere Kammermitgliedschaften (auch freiwillige Mitgliedschaft in einer Kammer der Bundesrepublik Deutschland)**

Name der Kammer \_\_\_\_\_

von – bis \_\_\_\_\_

Name der Kammer: \_\_\_\_\_

von – bis: \_\_\_\_\_

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

**(bitte fügen Sie die Eintragungsnachricht in Kopie bei)**

nein     ja

Eintragungsnr.: \_\_\_\_\_

Bescheid \_\_\_\_\_

Wenn ja, KV-Name: \_\_\_\_\_  
eingetragenes Richtlinienverfahren

vom: \_\_\_\_\_

**Sprachkenntnisse (freiwillige Angabe)**

Sprache	Sprachlevel (Muttersprache, Dolmetscher, Fremdsprache)

Können Sie Gebärdensprache? (freiwillige Angabe)	ja	nein
Wenn ja,		
in welcher Sprache		
auf welchem Level	Behandlungssicher	Dolmetscher

Sonstige Angaben

### Betreuungsverhältnisse

(bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuungsbeschlusses bzw. des Betreuerausweises bei)

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Email: \_\_\_\_\_

Betreuung seit: \_\_\_\_\_

Betreuungsumfang: \_\_\_\_\_

### Insolvenzverfahren

(bitte fügen Sie den Eröffnungsbeschluss in Kopie bei)

Amtsgericht: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Eröffnungsbeschluss \_\_\_\_\_

Insolvenzverwalter \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

Telefax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Gesellschaften

(bitte fügen Sie eine Kopie der Registereintragung bei)

Gesellschaftsform: \_\_\_\_\_

Name der Gesellschaft \_\_\_\_\_

Sitz der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Registergericht: \_\_\_\_\_

Registernummer: \_\_\_\_\_

Vertretungsbefugnis: \_\_\_\_\_

### Beitragszahlung

Wie möchten Sie Ihren Mitgliedsbeitrag entrichten?

Per Überweisung

Per SEPA-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie das anliegende SEPA-Lastschriftmandat aus.

**Bitte beachten Sie die Fristen für die jährliche Beantragung einer Beitragsermäßigung sowie die Fälligkeit zur Beitragszahlung. Diese ergeben sich aus der BeitragsO der PTK Berlin.**

## 2. Approbation/Ausbildung

### Angaben zur Approbation oder Berufserlaubnis\*

#### Gem. PsychThG a. F.

Artikel 1 G. v. 16.06.1998 BGBI. I S. 1311

Geltung ab 01.01.1999; Fundstelle: FNA: 2122-5 Ärzte und sonstige Heilberufe

**(Approbation und Fachkunde ist 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

tiefenpsychologisch fundiert

systemisch

verhaltenstherapeutisch

Ausbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Berufserlaubnis \***

**Gem. PsychThG n. F.**

vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), zuletzt geändert am 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)

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

Urkunde ausgestellt

am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ von (Behörde)

Approbation als P

erworbener Titel

Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene

Fachpsychotherapeut:in für Kinder und Jugendliche

Fachpsychotherapeut:in für Neuropsychologische Psychotherapie

Richtlinienverfahren

analytisch

tiefenpsychologisch fundiert

systemisch

verhaltenstherapeutisch

1. Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsort: \_\_\_\_\_

2. Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsort: \_\_\_\_\_

3. Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsort: \_\_\_\_\_

Urkunde ausgestellt von \_\_\_\_\_

Prüfungsdatum: \_\_\_\_\_

(bei weiteren Weiterbildungsstätten nutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.)



Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung gem. § 3 PsychThG	
erteilt am:	gültig bis:
in:	
Umfang:	
erteilt von:	
Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung gem. § 4 PsychThG	
Erteilt am:	
in:	
Umfang:	
erteilt von:	

<b>Qualifizierende Universitäts- /Hochschul- /Fachhochschulausbildung *</b>	
<small>(Alle Abschlüsse – nicht Zeugnisse - sind im Original oder amtlich beglaubigter Abschrift vorzulegen! Bei ausländischen Abschlüssen denken Sie bitte an die beglaubigte Übersetzung in Deutsch.)</small>	
Akademischer Grad (B.Sc., Dipl., o. ä.)	_____ am _____
Universität/Hochschule/FH	_____
Weiterer akademischer Grad (M. Sc., o. ä.)	_____ am _____
Universität/Hochschule/FH	_____
Promotion/Habilitation/Titel	_____ am _____
Universität	_____

**\*Hinweis:**

Auf eventuell mögliche Nachweiserleichterungen im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 Berliner Heilberufekammergesetz wird hingewiesen.

**Angaben zu einer abgeschlossenen und von einer anderen Kammer  
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: \_\_\_\_\_

**Weitere psychotherapeutische Ausbildungen**

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

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)*

<b>Angaben zu Sachverständigentätigkeit</b> (Abschlüsse sind im Original oder beglaubigter Abschrift vorzulegen)	
Anerkennung als Sachverständige:r	
Durch:	_____
Datum der Anerkennung:	_____
Anerkennung gültig bis:	_____
Rechtsgebiet:	_____
Aussagepsychologische Begutachtung Strafrecht + Strafvollstreckungsrecht	
Familienrecht + SGB VIII	_____
Neuropsychologie	_____
Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht	_____
	_____

<b>Angaben zu Tätigkeit im Bereich KJSG (SGB VIII)</b>	
Zertifizierung durch Psychotherapeutenkammer Berlin	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Derzeit in Zertifizierung befindlich
Tätig bei ambulantem Träger <input type="checkbox"/>	
Tätig in Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	
Angaben zur Gültigkeit des derzeit laufenden Trägervertrages: (mm.jjjj) _____	
Angabe zu zuweisenden Fachdiensten (Bezirk/e): _____	

<b>Elektronischer Psychotherapeutenausweis</b> (bitte fügen Sie eine Kopie bei)	
Sind Sie bereits im Besitz eines elektronischen Psychotherapeutenausweises?	
ja	nein
Bei „Nein“ weiter zu Punkt 3. <b>Berufstätigkeit</b> . Wenn ja, bitte die folgenden Fragen beantworten und eine Kopie des Ausweises beifügen.	
Herausgebende Kammer	_____
Vertrauensdienstanbieter	_____
Ausweis-Nummer	_____
Ausweis gültig bis	_____

### 3. Berufstätigkeit

Bitte geben Sie hier Art und Dauer zu Ihrer Berufsausübung ab Datum der Approbationsurkunde 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 Allgemeinspsychiatrischem 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"/>	Allgemeinspsychiatrisches 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"/>

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"/>	Keine weitere Tätigkeit		<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"/>	Gutachter und Supervisor		<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						

**Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie zu der zuvor angegebenen Tätigkeit auch die entsprechende Praxis-/Dienstanschrift auf Seite 2 des Meldebogens angegeben haben.**

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

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

**Abrechnungsgenehmigung bei der KV:**

KV-Zulassung LANR.: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Zulassung seit \_\_\_\_\_

Ermächtigung seit / von – bis \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen	Neuropsychologie
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zweitabrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen	Neuropsychologie
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**\*Hinweis:**

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