

LANDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

Angaben zum Eintrag in den  
Psychotherapeuten-Suchdienst  
auf der Website der Kammer

Neueintrag:  Änderung:

Name, Titel, Geschlecht, Berufsbezeichnung

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Akadem. Titel: \_\_\_\_\_

Geschlecht: m:  w:

Berufsbezeichnung: **Psychologische/r Psychotherapeut/in:**   
und / oder: **Kinder- / Jugendlichenpsychotherapeut/in:**

Praxisanschrift, Telefon, Fax, e-mail, Internet

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

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

Vorwahl+Telefon: \_\_\_\_\_

Vorwahl+Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Approbationsbehörde, KV-Zulassung, Abrechnungsgenehmigung/en

Approb. durch (PP): \_\_\_\_\_

Approb. durch (KJP): \_\_\_\_\_

KV-Zulassung durch (KV): \_\_\_\_\_

Arztregistereintrag bei (KV): \_\_\_\_\_

**KV Abrechnungsgenehmigung/en:**  
(bitte nur die, die auch tatsächlich  
ausgeführt werden!)  
(Ohne KV-Zulassung: Fachkunde für:)

**Erwachsene:**   
**Kinder/Jugendliche:**   
**Gruppen:**   
**Übende Verfahren:**

Fachkunde/n, Verfahren

**Fachkunde Therapieverfahren**

Analytische PT:   
Tiefenpsychologische PT:   
Verhaltenstherapie:

**Fachkunde Übende Verfahren**

Autogenes Training:   
Hypnose:   
Progr. Relaxation:

Private Leistungen: Fachkunde/n, Verfahren

### Zusätzliche Aus-/ Fort-/Weiterbildungen

- Neuropsychologische Therapie/Rehabilitation:
- Hypnotherapie:
- systemische Therapie / Familientherapie:
- Paartherapie:
- Gesprächspsychotherapie:
- Gestalt-Therapie:
- Psychodrama:
- Bioenergetik / Körper-PT:

### Zusätzliche Praxisleistungen

- Einzelberatung:
- Erziehungsberatung:
- Paarberatung:
- Sexualberatung / -therapie:
- Gutachten Fam.recht:
- Gutachten Strafrecht:
- Mediation:
- Training /Coaching:
- Schmerztherapie:
- Stress-Management:
- Verkehrspsychologie:

### Praxisbesonderheiten

**Tätigkeitsschwerpunkte  
/ Praxisprofil:**

**Besondere  
Interessengebiete:**

**Besondere Sprechzeiten**  
(offene Sprechstunde,  
Telefonzeiten, etc):

**Praxis mit öffentlichen  
Verkehrsmitteln gut erreichbar:** ja:

nein:

**Behindertengerechter  
Zugang:** ja:

nein:

**Therapie in folgenden  
Fremdsprachen möglich:**

**Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:**

Datum, Unterschrift: