

Anlagen zur Meldeordnung



lkp Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Meldebogen I für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Anlage zu § 2 Satz 1 der Meldeordnung - Stand: 16.09.2008

(Nach § 3 des Heilberufe-Kammergesetzes [HBKG] von Baden-Württemberg sind alle Kammermitglieder zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet, soweit sie nicht durch * als freiwillig gekennzeichnet sind¹)

1. Angaben zur Person

Nachname (ohne akad. Grad) _____

Vorname / Rufname: _____ Geburtsdatum: _____

Weitere Vornamen: _____ Geburtsort / Staat: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

weiblich männlich

2. Anschriften

Privatanschrift

Strasse: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon*: _____ Fax*: _____

E-Mail*: _____

☛ Wenn sowohl eine selbständige Berufsausübung als auch ein angestelltes Beschäftigungsverhältnis vorliegt, bitte nachfolgend alle Kontakt-Anschriften angeben.

Praxis-Anschrift (Hauptpraxissitz bei Selbständigen)

Praxis 1: _____

Strasse: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Landkreis _____

Telefon*: _____ Fax*: _____

E-Mail*: _____

¹ Die durch * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Wir bitten jedoch darum, uns diese Informationen zur Verfügung zu stellen, um die gesundheitsversorgungsbezogene Relevanz unserer beiden Berufsgruppen angemessen differenziert darstellen zu können. Hierbei geht es einerseits um die Ermöglichung aussagefähiger Analysen zur Mitgliederstruktur der Kammer (zur Interessenvertretung auf Landes- und Bundesebene, zur Planung innerhalb der Kammer oder im Rahmen der Gesundheitsberichtserstattung), andererseits auch um Standardinformationen, die jährlich vom Statistischen Bundesamt abgerufen werden und somit ebenfalls eine hohe berufspolitische Wertigkeit haben (Zweckbindung nach § 4 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz Baden-Württemberg).

Anlagen zur Meldeordnung

Weitere Praxis-Anschriften (Nebenbetriebsstätten, Medizinische Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften bei Selbstständigen)

Praxis 2: _____
 Strasse: _____ Hausnummer: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon*: _____ Fax*: _____
 E-Mail*: _____

Praxis 3: _____
 Strasse: _____ Hausnummer: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon*: _____ Fax*: _____
 E-Mail*: _____

☛ Weitere Beschäftigungen in weiteren Praxen oder Berufsausübungsgemeinschaften bitte ggf. gesondert auf einem Beiblatt aufführen!

Dienst-Anschrift (Hauptdienststelle bei Angestellten / Beamten)

Stelle 1: _____
 Strasse: _____ Hausnummer: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon*: _____
 Telefon*: _____ Fax*: _____
 E-Mail*: _____

Weitere Dienst-Anschriften (Angestellte / Beamte)

Stelle 2: _____
 Strasse: _____ Hausnummer: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon*: _____ Fax*: _____
 E-Mail*: _____

Stelle 3: _____
 Strasse: _____ Hausnummer: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon*: _____ Fax*: _____
 E-Mail*: _____

Gewünschte Postanschrift für Informationsschreiben der LPK Baden-Württemberg (Bitte ankreuzen)

Privatanschrift Praxis-Anschrift (Hauptsitz) Dienst-Anschrift (Hauptdienststelle)

Anlagen zur Meldeordnung

3. Angaben zur Berufsausbildung

Hochschul- / Universitätsausbildung

Universität / Hochschule	Ort	Fachrichtung	Abschluss (Jahr)
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Akademische Titel

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Dipl.-Soz. Päd. Dipl.-Soz. Arb.
 Dipl.-Sond.Päd. Dipl.-Heil.Päd. B. Sc. B.A.
 M.Sc. M.A. _____ _____

→ Promotion nein ja

Fachrichtung: _____ Ort : _____ Jahr: _____
 Fachrichtung: _____ Ort : _____ Jahr: _____
 Titel: Dr. phil. Dr. rer. nat. Dr. med. Dr. _____

→ Habilitation nein ja

Fachrichtung: _____ Ort : _____ Jahr: _____
 Fachrichtung: _____ Ort : _____ Jahr: _____
 Titel: Prof. PD

Abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung(en)

(Zutreffendes bitte markieren, Mehrfachangaben sind möglich)

	Therapierichtung	Abschluss (Datum)	Anerkennung durch (Institution)	Ort
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie			
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie			
	Weitere psychotherapeutische Qualifikationen	Abschluss (Datum)	Anerkennung durch (Institution)	
<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie			
<input type="checkbox"/>	Klinische Neuropsychologie			
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie / Familientherapie			
<input type="checkbox"/>	Hypnotherapie			

Anlagen zur Meldeordnung

<input type="checkbox"/>	EMDR			
<input type="checkbox"/>	Psychodrama			
<input type="checkbox"/>	Gestalttherapie			
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung (Approbation, Erlaubnis), Fachkunden, sozialrechtliche Zulassung, Abrechnungsgenehmigungen

4.1. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

Approbation als **Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut**

Approbation: gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)

Urkunde ausgestellt am (Datum): _____ Bundesland: _____

von (Behörde): _____

Approbation als **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**

Approbation: gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)

Urkunde ausgestellt am (Datum): _____ Bundesland: _____

von (Behörde): _____

Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als

Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Erlaubnis vom (Datum): _____ bis: _____

Ausstellende Behörde (Name, Sitz): _____

Tätigkeit beschränkt auf: _____

Anlagen zur Meldeordnung

5.2. Sind Sie Mitglied in einer sonstigen Heilberufekammer (z. B. Ärztekammer)?

nein ja

Falls ja → Name der Kammer: _____

6. Angaben zur Stellung im Beruf

(Bitte alle ausgeübten Tätigkeiten berücksichtigen; Mehrfachangaben sind möglich)

6.1. Derzeitige Berufstätigkeit

berufstätig berufs fremd tätig nicht berufstätig

6.2. Haupt- und Nebentätigkeiten

Haupttätigkeit

selbständig angestellt beamtet

Nebentätigkeit *

- keine
 selbständig in der Patientenversorgung
 sonstig selbständig tätig

 Nicht berufstätig

(legen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind)

- in Pension / Rente / Ruhestand seit: _____
 arbeitslos / gemeldet beim Arbeitsamt seit: _____
 Mutterschutz seit: _____ bis: _____
 gesetzliche Elternzeit seit: _____ bis: _____
 Haushalt / Familienpause seit: _____
 berufs unfähig seit: _____
 sonstiges: _____

6.3. Art der **selbständigen** Tätigkeit (Mehrfachankreuzungen möglich)

- nicht zutreffend (ich bin nicht selbständig tätig)
 Vertragspsychotherapeut/in in eigener Praxis
 Vertragspsychotherapeut/in in Gemeinschaftspraxis
 Vertragspsychotherapeut/in in Gemeinschaftspraxis (Job-Sharing)
 Vertragspsychotherapeut/in in Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)
 Privatpsychotherapeut/in in eigener Praxis
 Gutachter/in im Fachgebiet: _____
 Supervisor/-in
 Coach / Trainer/in
 sonstiges: _____

Anlagen zur Meldeordnung

6.4. Art der **nicht selbständigen Tätigkeit** (angestellt / beamtet; Mehrfachankreuzungen möglich)

- nicht zutreffend (ich bin nicht in einem Angestellten- / Beamtenverhältnis tätig)
- angestellt in einer Psychotherapeutischen Praxis
- angestellt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
- angestellt / beamtet in einer **Einrichtung der vertraglichen Gesundheitsversorgung**
 - Psychotherapeutische Hochschulambulanz
 - Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
 - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag teil- / stationär
 - Gerontopsychiatrische Klinik
 - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag teil- / stationär
 - Kinder / Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
 - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag teil- / stationär
 - Psychosomatisches / psychotherapeutisches Krankenhaus
 - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag teil- / stationär
 - Sonstiges somatisches Krankenhaus mit Versorgungsauftrag
 - Psychosomatische Rehabilitationsklinik
 - Einrichtung der Suchtrehabilitation
 - andere Einrichtung der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation
 - Privatklinik ohne Versorgungsvertrag
 - Sonstiges: _____
- angestellt / beamtet in einer **Einrichtung nach Sozialgesetzgebung**
 - Behindertenhilfe
 - Jugendhilfeeinrichtung (ohne Beratungsstellen)
- angestellt / beamtet in einer **Beratungsstelle**
 - Erziehungsberatung
 - Ehe-/Lebensberatung
 - Schulpsychologischer Dienst
 - Suchtberatung
 - Sonstige Beratungsstelle: _____
- angestellt / beamtet in einer **Forensischen Einrichtung**
 - Maßregelvollzug
 - Strafvollzug

Anlagen zur Meldeordnung

angestellt / beamtet in einer **anderen Institution**

- Hochschule / Universität (Forschung und Lehre): _____
- Gesundheitsschutz (z. B. Gesundheitsamt, Gesundheitsbehörde, Ministerium)
- Verwaltung (z. B. Heilberufekammer, KV, Krankenkasse, Berufsverband)
- Privatwirtschaft: _____
- Sonstiges: _____

6.5. Umfang der Beschäftigung (sofern Sie angestellt / beamtet tätig sind)

- vollzeit beschäftigt
- teilzeit beschäftigt
- nur geringfügig beschäftigt (Mini-Job, 400.- EUR-Job)

7. Fremdsprachenkenntnisse*

nein ja → wenn ja: bitte angeben:

Sprache	Kenntnisse		
Englisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Französisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Italienisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Spanisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Russisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Serbo-Kroatisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
Türkisch.....	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende
_____	<input type="checkbox"/> muttersprachliche	<input type="checkbox"/> fließende	<input type="checkbox"/> grundlegende

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben (sofern sie nicht als freiwillig (*) gekennzeichnet sind) der Landespsychotherapeutenkammer zukünftig innerhalb eines Monats zu melden habe. Dies gilt insbesondere für Änderungen der Anschriften.

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

Ort: _____ Datum: _____

Eigenhändige Unterschrift: _____