

# Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

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

- Anlage zu § 2 Satz 1 der Meldeordnung -

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

**A) Name:** (Vornamen und Familienname ohne akademischen Grad. Rufname bitte unterstreichen)

\_\_\_\_\_

Akademischer Grad / Titel : \_\_\_\_\_

**B) Praxis- / Dienstanschrift**

Praxis-/Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Die folgenden Angaben zu B) sind freiwillig:

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

**C) Privatanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Die folgenden Angaben zu C) sind freiwillig:

Fon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewünschte Postanschrift (bitte ankreuzen ☒):  Praxis-/Dienstanschrift  Privatanschrift

**D) Persönliche Angaben**

Weiblich  Männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Staat: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**E) Angaben zur Berufsausbildung und zur staatlichen Berufszulassung (Approbation, Erlaubnis)**

a) Hochschul-/Universitätsausbildung

Abschluß/Akademischer Grad\*: \_\_\_\_\_

Hochschule/Universität: \_\_\_\_\_

Promotion/Habilitation (Titel)\*: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Universität: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

b) Psychotherapieausbildung\*

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

Datum: \_\_\_\_\_

Sonstige Psychotherapiequalifikation\*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

c) Approbation als Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut\*

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Approbation gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)

Approbation gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

von (Behörde): \_\_\_\_\_

d) Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis zur Berufsausübung als Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gem. § 4 PsychThG \*

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

Ausstellende Behörde: (Name, Sitz) \_\_\_\_\_

Geltungsdauer: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_

---

\* Alle mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind durch beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen.

- e) Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut \*

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Approbation gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)  
 Approbation gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

von (Behörde): \_\_\_\_\_

- f) Inhaberin oder Inhaber einer Erlaubnis zur Berufsausübung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gem. § 4 PsychThG \*

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

Ausstellende Behörde (Name, Sitz): \_\_\_\_\_

Geltungsdauer: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_

## F) Sozialrechtliche Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Name der Kassenärztlichen Vereinigung: \_\_\_\_\_

Zulassung seit: \_\_\_\_\_  Ermächtigung seit: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

## G) Nachweis von Fachkunden in Richtlinienverfahren durch Eintragung in das Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung \*:

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung habe ich folgende Fachkunden im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien nachgewiesen (Nachweis über Bescheid zu Arztregistereintragen):

Name der Kassenärztlichen Vereinigung: \_\_\_\_\_

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

**Analytische Psychotherapie**

Erwachsene

Kinder u. Jugendliche

Gruppen

---

\* Alle mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind durch beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen.

**Verhaltenstherapie**

Erwachsene

Kinder u. Jugendliche

Gruppen

**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Erwachsene

Kinder u. Jugendliche

Gruppen

**Übende und suggestive Techniken**

Autogenes Training

Relaxationsbehandlung nach Jacobson

Hypnose

**H) Angaben zur Berufsausübung**

a) Psychotherapeutische Tätigkeit

aa) Niedergelassen als Psychotherapeutin / Psychotherapeut tätig seit: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis / Partner: \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft / Partner: \_\_\_\_\_

Sonstige ambulante Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Angestellt tätig bei: \_\_\_\_\_

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

bb) Psychotherapeutisch tätig in folgenden Einrichtungen:

angestellt     beamtet     sonstiges: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

Sonstige therapeutische Einrichtung: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

Bildungswesen: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

Behörde / Öffentlich-rechtliche Körperschaft / Verband: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

tätig seit: \_\_\_\_\_

b) Keine psychotherapeutische Tätigkeit

In Pension / Ruhestand

arbeitslos / gemeldet beim Arbeitsamt: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben der Landespsychotherapeutenkammer innerhalb eines Monats zu melden habe. Dies gilt insbesondere für die Anschrift.

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

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

Eigenhändige Unterschrift: \_\_\_\_\_