



Meldebogen I – PP/KJP

Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (PsychThG alte Fassung)

Bitte per Post mit allen erforderlichen Kopien senden an:

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstraße 40
70174 Stuttgart

- Anlage zu § 2 Satz 1 der Meldeordnung -

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

Bitte legen Sie der Kammer unverzüglich folgende Nachweise vor:

- **Approbationsurkunde** oder Erteilung der befristeten Erlaubnis (**beglaubigte** Kopie)
- Akademische Abschlusszeugnisse (einfache Kopie)
- Promotionsurkunde/Habilitationsurkunde (einfache Kopie)
- Mitgliedschaft in einer anderen Kammer (einfache Kopie)
- Arztregistereintrag (einfache Kopie)
- Beschluss des Zulassungsausschusses über die Erteilung, die Beendigung oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung (einfache Kopie)
- Nachweis über das Ruhen oder die Beendigung der Berufsausübung
- Verleihung einer Zusatzbezeichnung durch andere Kammern (einfache Kopie)

Bitte sehen Sie von der Einsendung von Originalen ab. Eingesandte Unterlagen werden nach erfolgter Digitalisierung physisch vernichtet und können nicht zurückgesandt werden. Vielen Dank.

Zutreffende Angaben bitte in Blockschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

1. Angaben zur Person	
Nachname:	
Vorname(n):	
Geburtsname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	
Geburtsort/-staat:	
Staatsangehörigkeit/en:	

2. Akademische Titel	
Akademische Titel (bitte angeben):	
Promotion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Habilitation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Anschriften	
Gewünschte Anschrift für Schreiben der LPK Baden-Württemberg (bitte ankreuzen!)	
<input type="checkbox"/> Privatanschrift <input type="checkbox"/> Praxisanschrift <input type="checkbox"/> Dienstanschrift	
3.1. Privatanschrift	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	
E-Mail*:	
3.2. Praxisanschrift (selbstständig)	
Bezeichnung der Praxis/Einrichtung:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	
E-Mail*:	
Praxistätigkeit seit:	
Dienststellenart (Kennziffer letzte Seite)	

3.3. Dienstanschrift (angestellt/beamtet)	
Name der Einrichtung:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
E-Mail*:	
Tätigkeit seit:	
Dienststellenart auswählen (Kennziffer siehe letzte Seite)	
3.4. Weitere Praxis- oder Dienstanschrift	
Bezeichnung der Praxis/Einrichtung:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Mobil:	
E-Mail*:	
Praxistätigkeit/Angestellten- tätigkeit seit:	
Dienststellenart auswählen (Kennziffer siehe letzte Seite)	

Weitere Beschäftigungen bitte gesondert auf einem **Beiblatt** aufführen!

4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung	
Approbation als	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP
Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP

5. Abgeschlossene Approbationsausbildung(en)	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche

6. Eintrag in das Arztregister:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____
--	-----------------------------	-------------------------------	-------------

7. Sozialrechtliche Zulassung durch KV (= Kassenzulassung) oder Ermächtigung		
Zulassung	ja <input type="checkbox"/>	seit (Datum)
Ermächtigung	ja <input type="checkbox"/> als <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP	seit (Datum)

8. Angaben zu laufenden psychotherapeutischen Bereichsweiterbildungen	
8.1. Bezeichnung der aktuellen Weiterbildungsstätte	
Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Bereich (bitte nennen):	
8.2. Weiterbildungsbeginn	
Monat/Jahr:	
8.3. Voraussichtliches Weiterbildungsende	
Monat/Jahr:	

9. Angaben zu abgeschlossenen psychotherapeutischen Bereichsweiterbildungen	
erworbene Zusatzbezeichnungen in einem Bereich	
Monat/Jahr:	
Verleihende Kammer:	
Bereich (bitte nennen):	

10. Angaben zur Stellung im Beruf (Mehrfachangaben sind möglich)		
10.1. derzeitige Berufstätigkeit		
<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> berufsfremd tätig (Industrie, Handel etc.)	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig
10.2. Haupt- und Nebentätigkeit		
Haupttätigkeit		
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet
Nebentätigkeit		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> selbständig in Patientenversorgung	<input type="checkbox"/> sonstige

Gutachter oder Supervisionstätigkeit auswählen (Kennziffer siehe letzte Seite)	
--	--

Umfang aller Tätigkeit(en): Vollzeit Teilzeit geringfügig (< 10 Wochenstunden)

10.3 Nicht berufstätig	
<input type="checkbox"/> in Pension/Rente/Ruhestand seit:	_____
<input type="checkbox"/> arbeitslos, gemeldet bei der Agentur für Arbeit seit:	_____
<input type="checkbox"/> berufsunfähig seit:	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____

11. Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufekammer oder sonst. Kammern der freien Berufe

ja nein

Name der Kammer: _____

12. Therapiesprache(n)

Sprache (bitte unten angeben):	Kenntnisse/Sprachniveau (bitte angeben)
	<input type="checkbox"/> muttersprachlich <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> grundlegend
	<input type="checkbox"/> muttersprachlich <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> grundlegend
Gebärdensprache	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

13. Selbsterklärung

Mir ist bekannt, dass ich folgende Änderungen zukünftig **innerhalb eines Monats** der Kammer zu melden habe:

- die Aufnahme, Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit, einschließlich der Niederlassung in eigener Praxis, Beginn und Ende einer Weiterbildung,
- den Wechsel des Niederlassungsortes oder der Stelle einer psychotherapeutischen Tätigkeit, einschließlich des Wechsels einer Weiterbildungsstelle,
- die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit,
- die Änderung des Namens,
- die Änderung der Anschriften.

Mir ist bekannt, dass das Versäumnis der Meldepflicht eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit Bußgeld geahndet werden kann.

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

Ort/Datum

Eigenhändige Unterschrift



Merkblatt: Kennziffern Dienststellenart – Übersicht

01	Einzelpraxis
02	Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft
03	Praxisgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychoth. Hochschulambulanz oder Ambulanz an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus (Erwachsene)
07	Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
08	Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
09	Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischen Krankenhaus
10	Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
11	Sozialpädiatrisches Zentrum
31	Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
32	Gerontopsychiatrische Abteilung
33	Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
34	Psychosomatisches/Psychotherapeutisches Krankenhaus
35	Somatisches Krankenhaus
36	Psychosomatische Rehabilitationsklinik
37	Einrichtung der somatischen Rehabilitationsklinik, Anschlussbehandlung
38	Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
39	Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
40	Sonstige Klinik
51	Behindertenhilfe
52	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
61	Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
62	Schulpsychologischer Dienst
63	Suchtberatung
64	Sonstige Beratungsstelle
71	Maßregelvollzug
72	Strafvollzug
91	Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
92	Verwaltung
93	Industrie/Wirtschaft
94	Gesundheitsschutz
99	Sonstige Einrichtung
001	Gutachten
002	Supervision
003	Gutachten und Supervision