



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: 20.10.2015

(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 gesundheitsversorgungsbegleitende 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).

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)



3. Angaben zur Berufsausbildung

Hochschul- / Universitätsausbildung

Universität / Hochschule	Ort	Fachrichtung	Abschluss (Jahr)

Akademische Titel

<input type="checkbox"/> Dipl.-Psych.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Päd.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Soz. Päd.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Soz. Arb.
<input type="checkbox"/> Dipl.-Sond.Päd.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Heil.Päd.	<input type="checkbox"/> B. Sc.	<input type="checkbox"/> B.A.
<input type="checkbox"/> M.Sc.	<input type="checkbox"/> M.A.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

→ 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			



<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), zu abgeschlossenen Weiterbildungen nach Kammerrecht (Zusatzbezeichnungen), zum Arztregister, zu eingetragenen Fachkunden, zur sozialrechtlichen Zulassung und zu Abrechnungsgenehmigungen bei der KV

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: _____

4.2. Zusatzbezeichnungen

[= durch Psychotherapeutenkammern verliehene Zusatzbezeichnungen, die auf der Basis abgeschlossener, in einer Weiterbildungsordnung einer Psychotherapeutenkammer geregelter Weiterbildungen (Bereiche) erworben wurden]

	Zusatzbezeichnung / Bereich	verleihende Kammer	Datum der Urkunde

4.3. Eintrag ins Arztregister und nachgewiesene Registerfachkunden bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Nachweis über Bescheid der Eintragung in das Arztregister)

Ich bin in das Arztregister eingetragen: nein ja

Welche Fachkundenachweise sind eingetragen?

- Analytische Psychotherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen
- Verhaltenstherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen

Bescheid vom: _____ Name der KV: _____

4.4. Sozialrechtliche Zulassung durch KV (= Kassenzulassung) oder Ermächtigung

Erläuterung zum Begriff „Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“:

Die Kassenzulassung (genauer: „sozialrechtliche Zulassung“) bezeichnet in Deutschland die Berechtigung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen. Die Kassenzulassung erfolgt in Deutschland durch einen Verwaltungsakt der KV. Sie erfolgt auf Beschluss eines Zulassungsausschusses der KV und gilt nur für den Bezirk des Vertragsarztsitzes.

Erläuterung zum Begriff „Ermächtigung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“:

Wer gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und Leistungen mit der KV abrechnen möchte, ohne dass er als Vertragsarzt tätig ist, braucht dafür eine Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Vom Zulassungsausschuss für Ärzte, PP und KJP können Ärzte, PP und KJP zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn bestimmte Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Eine solche Ermächtigung ist in der Regel auf drei Jahre befristet. Die Ermächtigung muss schriftlich beantragt werden und ist nur auf ambulante vertragsärztliche Leistungen beschränkt, die über die niedergelassenen Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden. .

Zulassung nein ja → seit: _____ (Datum)

Ermächtigung nein ja → seit: _____ bis: _____ (Datum)

als: PP KJP



Name der KV: _____

Meine LANR (lebenslange Arztnummer, 9-stellig): _____

Meine BSNR (Betriebsstättennummer, 9-stellig): _____

4.5. **Abrechnungsgenehmigungen bei der KV**

Bei der KV habe ich die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung folgender Leistungen der Psychotherapie erhalten:

- Analytische Psychotherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen
- Verhaltenstherapie..... Erwachsene Kinder- und Jugendliche Gruppen
- Neuropsychologische Therapie
- EMDR
- Üübende und suggestive Verfahren Autogenes Training
- Relaxationsbehandlung nach Jacobson
- Hypnose

5. **Mitgliedschaft in anderen Heilberufekammern**

5.1. Sind Sie Mitglied in einer anderen Psychotherapeutenkammer?

- nein ja

Falls ja → Name der Kammer: _____

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 berufsfremd 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: _____
- berufsunfähig 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: _____

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
 - ➔ Wenn ja: Privatpraxis Kassenpraxis
- angestellt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
- angestellt / beamtet in einer **Einrichtung der vertraglichen Gesundheitsversorgung**
 - Psychotherapeutische Hochschulambulanz
 - Allgemeinspsychiatrisches 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

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

Selbsterklärung

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: _____