



# Meldeordnung

In der ab dem 17. März 2016 geltenden Fassung

Aufgrund von §§ 9, 10 Nr. 14 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung heilberufsrechtlicher Vorschriften vom 11. Oktober 2007 (GBl. S. 473, 474), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 18. Oktober 2008 folgende Neufassung der Meldeordnung beschlossen:

## § 1

### Mitgliedschaft; Melde- und Auskunftsspflicht

(1) Kammermitglieder sind alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die approbiert sind oder eine Erlaubnis zur Berufsausübung nach dem Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) in der jeweils geltenden Fassung besitzen und die im Land ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, im Land ihren Wohnsitz haben.

(2) Die Kammermitglieder sind verpflichtet, sich innerhalb eines Monats nach Beginn ihrer Mitgliedschaft bei der Landespsychotherapeutenkammer (Kammer) schriftlich anzumelden und die für die Berufsausübung erforderlichen Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie Bescheinigungen vorzulegen. Sie haben der Kammer innerhalb eines Monats die Beendigung ihrer Berufsausübung und jeden Wechsel ihres Tätigkeitsortes und Wohnsitzes anzuzeigen. Nicht meldepflichtig sind Berufsangehörige aus europäischen Staaten oder Vertragsstaaten gem. § 2a Abs. 1 HBKG, die im Geltungsbereich des HBKG im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften ihren Beruf vorübergehend und gelegentlich ausüben, ohne hier eine berufliche Niederlassung zu haben, solange sie in einem anderen europäi-

schen Staat oder Vertragsstaat beruflich niedergelassen sind.

(3) Ein Kammermitglied, das seine heilberufliche Tätigkeit ins Ausland verlegt oder dort seinen Wohnsitz nimmt, ohne seinen Beruf auszuüben, kann freiwilliges Mitglied der Kammer bleiben. Der Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft ist innerhalb eines Monats schriftlich an die Kammer zu richten. Personen, die sich in Baden-Württemberg in der praktischen Ausbildung nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden, steht der freiwillige Beitritt offen; der Beitritt erfolgt durch schriftliche Beitrittserklärung (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung).

## § 2

### Meldebogen und Urkunden

Die Anmeldung hat mit den von der Kammer vorgesehenen Meldebogen (Anlagen: Meldebogen I und Meldebogen-PiA II), die Bestandteil dieser Meldeordnung sind, zu erfolgen. Die Kammer kann die Vorlage von Originalurkunden oder in Form öffentlich beglaubigter Kopien verlangen. Urkunden in nichtdeutscher Sprache ist eine beglaubigte oder von einem vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer angefertigte Übersetzung beizufügen.

## § 3

### Auskunftsspflicht

Das Kammermitglied ist unbeschadet des § 1 Abs. 2 verpflichtet, der Kammer auf Nachfrage ergänzende Auskünfte über Tatsachen zu erteilen, deren Angabe in dem Meldebogen verlangt wird.

## § 4

### Meldung von Änderungen

Jedes Kammermitglied hat über folgende Veränderungen die Landespsychotherapeutenkammer innerhalb eines Monats schriftlich zu unterrichten:

- die Aufnahme, Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit einschließlich der Niederlassung in eigener Praxis,
- den Wechsel des Niederlassungsortes oder der Stelle einer psychotherapeutischen Tätigkeit,
- die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit,
- die Änderung des Namens,
- die Änderung der Anschrift.

## § 5

### Versäumnis der Meldepflicht

(1) Ordnungswidrig handelt, wer sich vorsätzlich oder fahrlässig innerhalb eines Monats nach Beginn der Mitgliedschaft nicht bei der Kammer meldet, die in § 2 genannten Urkunden der Kammer auf deren Verlangen nicht oder nicht vollständig übergibt oder die in § 1 Abs. 2, § 3 und § 4 verlangten Auskünfte nicht erteilt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann nach § 76 Abs. 2 HBKG mit einer Geldbuße geahndet werden.

## § 6

### In-Kraft-Treten

Die Meldeordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Zugleich tritt die Meldeordnung vom 28. Januar 2004 (Psychotherapeutenjournal 1/2004, S. 57, Einhefter S. 5) außer Kraft.



## Meldebogen I 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 [HBKG] von Baden-Württemberg sind alle Kammermitglieder zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet, soweit sie nicht durch \* als freiwillig gekennzeichnet sind<sup>1</sup>)

### 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\*: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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).

**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
    1. Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
      - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil- / stationär
    2. Gerontopsychiatrische Klinik
      - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil- / stationär
    3. Kinder / Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
      - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil- / stationär
    4. Psychosomatisches / psychotherapeutisches Krankenhaus
      - Institutsambulanz mit Versorgungsauftrag  teil- / stationär
    5. Sonstiges somatisches Krankenhaus mit Versorgungsauftrag
    6. Psychosomatische Rehabilitationsklinik
    7. Einrichtung der Suchtrehabilitation
    8. andere Einrichtung der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation
    9. Privatklinik ohne Versorgungsvertrag
    10. Sonstiges: \_\_\_\_\_





angestellt / beamtet in einer **Einrichtung nach Sozialgesetzgebung**

- Behindertenhilfe
- Jugendhilfeeinrichtung (ohne Beratungsstellen)

angestellt / beamtet in einer **Beratungsstelle**

- 11. Erziehungsberatung
- 12. Ehe-/Lebensberatung
- 13. Schulpsychologischer Dienst
- 14. Suchtberatung
- 15. Sonstige Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

angestellt / beamtet in einer **Forensischen Einrichtung**

- 16. Maßregelvollzug
- 17. Strafvollzug

angestellt / beamtet in einer **anderen Institution**

- Hochschule / Universität (Forschung und Lehre): \_\_\_\_\_
- 18. Gesundheitsschutz (z. B. Gesundheitsamt, Gesundheitsbehörde, Ministerium)
- 19. Verwaltung (z. B. Heilberufekammer, KV, Krankenkasse, Berufsverband)
- 20. Privatwirtschaft: \_\_\_\_\_
- 21. 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: \_\_\_\_\_