

## MELDEBOGEN

für die Ersterfassung der Mitglieder der Kammer

(nach § 5 a des Berliner Kammergesetzes sind alle Kammerangehörigen zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet. Die Kammer ist im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen berechtigt, diese Angaben zu speichern und weiterzuverarbeiten).

*Bitte diesen Bogen in Druckbuchstaben ausfüllen.*

*Alle mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind durch beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen oder in der Geschäftsstelle im Original vorzulegen.*

*Alle mit zwei \*\* gekennzeichneten Angaben sind freiwillige Auskünfte.*

### **A) Name der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:**

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Familienname ohne akademischen Grad, Rufname bitte unterstreichen)

### **B) Praxis-/Dienstanschrift**

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, ORT, Bundesland: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### **C) Privatanschrift**

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, ORT, Bundesland: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Kontonr: \_\_\_\_\_ Bankverbindung: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Gewünschte Postanschrift:                      0 Dienstanschrift                      0 Privatanschrift

### **D) Persönliche Angaben**

0 Weiblich    0 Männlich                      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Staat: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Fremdsprachen: \_\_\_\_\_

Alle mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind durch beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen oder in der Geschäftsstelle im Original vorzulegen.  
Alle mit zwei \*\* gekennzeichneten Angaben sind freiwillige Auskünfte.

**E) Angaben zur Berufsausbildung und Approbation**

a) Universitäts-/Hochschul-/Fachschulausbildung  
Abschluß: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
Universität/Hoch-/Fachschule: \_\_\_\_\_  
Promotion/Habilitation/Titel: \_\_\_\_\_  
Universität: \_\_\_\_\_

b) Approbation  
zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten\*  
Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
von (Behörde): \_\_\_\_\_

c) Approbation  
zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten\*  
Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
von (Behörde): \_\_\_\_\_

d) Besteht eine Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufskammer  
0 NEIN      0 JA      Welche: \_\_\_\_\_

e) Andere Berufsabschlüsse\*\*:  
\_\_\_\_\_

**F) Angaben zur psychotherapeutischen Ausbildung**

Psychotherapeutische Aus-/Weiterbildung absolviert in: \_\_\_\_\_  
(auch übende und suggestive Verfahren)

a) Verfahren: \_\_\_\_\_  
Aus-/Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

b) Verfahren: \_\_\_\_\_  
Aus-/Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

c) Verfahren: \_\_\_\_\_  
Aus-/Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

c) Verfahren: \_\_\_\_\_  
Aus-/Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses: \_\_\_\_\_

(Wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt beilegen)

Alle mit einem \* gekennzeichneten Angaben sind durch beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen oder in der Geschäftsstelle im Original vorzulegen.  
Alle mit zwei \*\* gekennzeichneten Angaben sind freiwillige Auskünfte.

**G) Eintrag ins Arzt/Psychotherapeutenregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung:**

a)  NEIN       JA      Arztregisternr: \_\_\_\_\_

KV-Name: \_\_\_\_\_ Bescheid vom: \_\_\_\_\_

b) Abrechnungsgenehmigung bei der KV:       NEIN       JA

Zulassung seit: \_\_\_\_\_ KV-Nr./LANR\*: \_\_\_\_\_

Ermächtigung zur Nachqualifikation seit: \_\_\_\_\_

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

**H) Daten zur Berufsausübung**

a) Psychotherapeutische Tätigkeit

aa) Niedergelassen als Psychotherapeut/in tätig seit \_\_\_\_\_ in

Einzelpraxis

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

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

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

Angestellt tätig bei: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

bb) Psychotherapeutisch tätig in Einrichtungen des Gesundheits-/Sozial- und Bildungswesen seit: \_\_\_\_\_

angestellt       beamtet       Sonstiges \_\_\_\_\_

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

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

Freier Träger: \_\_\_\_\_

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

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

Behörde (Öffentl.-rechtl.Körperschaft/Verband): \_\_\_\_\_

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

Die oben genannte Tätigkeit wird ausgeübt seit: \_\_\_\_\_

b) Keine psychotherapeutische Tätigkeit

in Pension/Ruhestand: seit wann: \_\_\_\_\_

arbeitslos: seit wann: \_\_\_\_\_

gemeldet beim Arbeitsamt: seit wann: \_\_\_\_\_

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

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen dieser Angaben der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Berlin **binnen 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