

M E L D E B O G E N

für die Erfassung der Mitglieder der
**Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin**
- Körperschaft Öffentlichen Rechts -

Nach § 3/5a Berliner Kammergesetz in Verbindung mit § 2 (1) der Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin sind alle Kammerangehörigen verpflichtet, sich mit diesem Formblatt anzumelden. Die Kammer ist im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen berechtigt, diese Angaben zu speichern und weiter zu-verarbeiten.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Druckbuchstaben aus!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Persönliche Angaben des Psychologischen Psychotherapeuten / der Psychologischen Psychotherapeutin und/oder des/der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in

Titel, Name, Vorname: _____
(Rufname bitte unterstreichen!)

Meldeanschrift

sonstige Anschrift

c/o _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Praxisanschrift

Dienstanschrift

Praxis/ Dienststelle: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

(Weitere Dienstanschriften bitte auf einem gesonderten Blatt beilegen!)

Gewünschte Postanschrift Privat Praxis Dienst Sonstige

(freiwillige Angabe):

Homepage (freiwillige Angabe):

M E L D E B O G E N

Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum: _____	Geburtsname: _____
Geburtsort: _____	Geburtsland: _____
Staatsangehörigkeit: _____	

Angaben zur Berufserlaubnis (Approbation ist mit beglaubigter Kopie zu belegen)

	Urkunde ausgestellt		
	am	in	von (Behörde)
<input type="checkbox"/> Approbation als PP	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Approbation als KJP	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> befristete Erlaubnis als PP	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> befristete Erlaubnis als KJP	_____	_____	_____

Approbationsbegründende psychotherapeutische Ausbildung

- analytisch
- gesprächspsychotherapeutisch
- tiefenpsychologisch fundiert
- verhaltenstherapeutisch

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____ Datum des Abschlusses: _____

Qualifizierende Universitäts- /Hochschul- /Fachhochschulausbildung (Abschlüsse sind mit beglaubigter Kopie zu belegen)

Akademischer Grad	_____	am	_____
Universität/Hochschule/FH	_____		
Weiterer akademischer Grad	_____	am	_____
Universität/Hochschule/FH	_____		
Promotion/Habilitation/Titel	_____	am	_____
Universität	_____		

M E L D E B O G E N

Weitere psychotherapeutische Ausbildungen

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

1. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____

Datum des Abschlusses: _____

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

2. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____

Datum des Abschlusses: _____

Psychotherapeutische Ausbildung absolviert in (auch übende und suggestive Verfahren)

3. Verfahren: _____

Ausbildungseinrichtung: _____

Ort: _____

Datum des Abschlusses: _____

(Wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt beilegen)

Angaben zu einer abgeschlossenen und von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannten Weiterbildung (Abschlüsse sind mit beglaubigter Kopie zu belegen)

Psychotherapeutische Weiterbildung absolviert in

Verfahren: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Ort: _____

Datum des Abschlusses: _____

erworbener Zusatztitel: _____

Psychotherapeutische Weiterbildung absolviert in

Verfahren: _____

Weiterbildungseinrichtung: _____

Ort: _____

Datum des Abschlusses: _____

erworbener Zusatztitel: _____

Mitgliedschaft in anderen (Heilberufe-)Kammern

nein ja

Wenn ja, Name der Kammer _____

EFN-Nummer _____

Frühere Kammermitgliedschaften

Name der Kammer _____

von – bis _____

M E L D E B O G E N

Eintrag ins Arzt-/Psychotherapeutenregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV):

nein ja

Eintragungsnr.: _____

Wenn ja, KV-Name: _____

Bescheid vom: _____

Abrechnungsgenehmigung bei der KV:

KV-Zulassung LANR.: _____ Zulassung seit: _____

Ermächtigung seit / von – bis _____

<input type="checkbox"/> Abrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Zweitabrechnungsgenehmigung für:	Erwachsene	Kinder/Jugendliche	Gruppen
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprachkenntnisse (freiwillige Angabe):

Muttersprache		2. Muttersprache	
Weitere Behandlungssprachen			

M E L D E B O G E N

Bitte geben Sie hier Ihre Daten zu Ihrer aktuellen Berufsausübung an:

Ambulante Versorgung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulanz in Somatischem Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrisches Zentrum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Versorgung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gerontopsychiatrische Abteilung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Somatisches Krankenhaus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Rehabilitationsklinik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Klinik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung		Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/>	Behindertenhilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M E L D E B O G E N

Beratungsstellen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suchtberatung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Beratungsstelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forensische Einrichtungen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Maßregelvollzug		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Strafvollzug		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Institutionen	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verwaltung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Industrie/Wirtschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gesundheitsschutz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Tätigkeit	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Keine weitere Tätigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gutachter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supervisor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gutachter und Supervisor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig	Seit tt.mm.jjjj	Voll- zeit	Teil- zeit	< 10 h	Ange- stellt	Selb- ständig
<input type="checkbox"/> Ruhestand		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbeitslos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elternzeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie sowohl selbständig als auch nicht selbständig tätig sind, in welchem Bereich sind Sie überwiegend tätig? (freiwillige Angabe)

selbständig nicht selbständig

Mir ist bekannt, dass ich **alle Änderungen** dieser Angaben der Psychotherapeutenkammer Berlin **innen 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
-----	-------	---------------------------