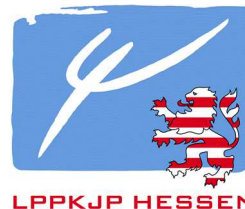


Meldebogen



LPPKJP HESSEN

Nachfolgende Daten werden aufgrund des Heilberufsgesetzes und der Meldeordnung erhoben.

Zutreffendes bitte **leserlich** in Druckschrift ausfüllen und/oder ankreuzen.

Sollte es aus Platzgründen erforderlich werden, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Die mit ** gekennzeichneten Angaben sind mit beglaubigten Kopien zu belegen.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer werden die hierzu erforderlichen Daten der Mitglieder gem. §§ 2 und 3 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 3 Abs. 1 HDSIG erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz).

Mitgliedsnummer (wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Angaben zur Person

Nachname _____

Vorname/n (Rufnamen bitte unterstreichen) _____

Akadem. Grad / Akadem. Titel _____

Geburtsname _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Geburtsdatum _____

Geburtsort / Staat (falls nicht Deutschland) _____

Staatsangehörigkeit/en _____

Anschriften

Privatanschrift Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Praxisanschrift 1 Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Freigabe zur Veröffentlichung in der Therapeutensuche der Homepage*:

Barrierefreier Zugang zu den Praxisräumen

Praxisanschrift mit Telefonnummer Festnetz Oder Mobil

Praxis-Email

Praxisanschrift 2

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Freigabe zur Veröffentlichung in der Therapeutensuche der Homepage*:

Barrierefreier Zugang zu den Praxisräumen

Praxisanschrift mit Telefonnummer Festnetz Oder Mobil

Praxis-Email

Dienstanschrift 1 (angestellt)

Bezeichnung der Institution _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Dienstanschrift 2 (angestellt)

Bezeichnung der Institution _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Postanschrift (nur **eine** Anschrift möglich)

Privatanschrift

Praxisanschrift 1

Praxisanschrift 2

Möchten Sie per Email aktuelle Informationen erhalten?

Ja (Der Kammer-Newsletter kann jederzeit abbestellt werden)

Nein

Folgende Email-Adresse soll dafür verwendet werden _____

Angaben zur Approbation**

Bei Namensabweichungen gegenüber der/den Approbationsurkunde/n fügen Sie bitte eine Fotokopie der z. B. Eheurkunde bei.

- Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin / zum Psychologischen Psychotherapeuten Urkunde ausgestellt am _____
von Behörde _____
- Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Urkunde ausgestellt am _____
von Behörde _____

Mitgliedschaft in einer anderen Kammer

Nein

Falls ja, Name der Heilberufekammer _____

Name der Kammer in der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat _____

Tätigkeitsart

Datum des Beginns der Tätigkeit in Hessen _____

Selbständig tätig

Angestellt/verbeamtet tätig

Selbständig und angestellt/verbeamtet tätig

Nicht berufsbezogen tätig (entsprechende Nachweise sind beigefügt) wegen

Arbeitslosigkeit Erziehungszeit Rente Krankheit

Anderweitige Berufstätigkeit _____

Dienststellenart* (siehe beigefügte Übersicht)

Bitte tragen Sie die zutreffende/n Kennziffer/n ein _____

Weitere Angaben zur Berufsausübung

Zulassung/Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung

Für Praxisanschrift 1 2

Als Psychologische/r Psychotherapeut/in Lebenslange Arztnr. _____

Seit _____ Befristet bis _____

Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in Lebenslange Arztnr. _____

Seit _____ Befristet bis _____

Abdruck KV-Stempel

Fachkunde im Sinne der PTRL*

Analytische Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppe

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppe

Verhaltenstherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppe

Der Veröffentlichung der Daten zur Fachkunde im Sinne der PTRL stimme ich zu

Verfahrensschwerpunkte*

Psychotherapie in Fremdsprachen*

Der Veröffentlichung der Daten zur Psychotherapie in Fremdsprachen stimme ich zu

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

Dem Meldebogen ist/sind die beglaubigte/n Fotokopie/n der Approbationsurkunde/n beigefügt.

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen meiner Daten der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen binnen eines Monats zu melden habe.

Eine Zuwiderhandlung hiergegen ist eine Ordnungswidrigkeit nach § 2 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes und zieht die Verhängung eines Ordnungsgeldes nach § 11 Abs. 2 nach sich.

Ort

Datum

Unterschrift