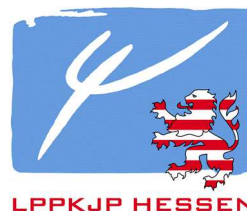


PiA-Meldebogen



LPPKJP HESSEN

Rücksendung an:

Psychotherapeutenkammer Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden

oder per Fax: 0611 531 68-29

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.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer werden die hierzu erforderlichen Daten 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). Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der Kammerwebsite: www.lppkjp.de/datenschutz

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 _____

Privatanschrift Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Fax* _____

Email _____

Kammernewsletter

Möchten Sie per Email aktuelle Informationen erhalten? Ja (Der Kammer-Newsletter kann jederzeit abbestellt werden)
Nein

Ausbildungsinstitut

Name _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____

Ausbildungspraxis (falls abweichend von Institutsambulanz)

Bezeichnung _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobil* _____
Fax* _____
Email _____

Praktische Ausbildung

Beginn der praktischen Ausbildung in Hessen am _____
(Datum)

Erforderliche Bestätigung durch das Ausbildungsinstitut

Name des Instituts: _____

Zwischenprüfung abgelegt: Ja Nein

Die Zwischenprüfung wurde abgelegt am _____
(Datum)

Ort _____ Datum _____ Unterschrift/Stempel _____

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

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen meiner Daten der Psychotherapeutenkammer Hessen binnen eines Monats zu melden habe.

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____