

**Meldebogen für Psychologische Psychotherapeutinnen
und Psychologische Psychotherapeuten
sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Anlage zu § 2 Satz 1 der Meldeordnung -**

Auf der Grundlage des Staatsvertrages über die gemeinsame Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen vom 02. Juni 2005 i.V.m. § 3 Abs.2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes sind alle Mitglieder der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer verpflichtet, sich **innerhalb eines Monats nach Beginn der Pflichtmitgliedschaft** bei der Kammer zu melden.

* **Angaben müssen durch beglaubigte Kopien der Originalunterlagen belegt werden**

A) Name: (Vornamen und Familienname ohne akademischen Grad. Rufname bitte unterstreichen)

.....

B) Praxis- / Dienstanschrift

Praxis-/Dienststelle:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort Bundesland:

Telefon: Fax:

E-mail:

C) Privatanschrift

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort Bundesland:

Telefon: Fax:

E-mail:

Gewünschte Postanschrift: Praxis-/Dienstanschrift Privatanschrift

D) Persönliche Angaben

Weiblich Männlich Geburtsdatum: Geburtsname:

Geburtsort/Staat: Staatsangehörigkeit:

E) Akademische Ausbildung

a) Akademische Grundqualifikation/Studienfach:

- Psychologie Pädagogik Sozialpädagogik
- Sonstiges:

b) Abschluss/Akademischer Grad:

- Promotion Habilitation
- Diplom Magister
- Bachelor Master
- B.A. M.A.
- B. Sc. M. Sc.

F) Angaben zu Berufsausbildung sowie staatlicher und sozialrechtlicher Berufszulassung (Approbation, Erlaubnis, Zulassung, Ermächtigung)

Ich verfüge über eine

a) Approbation* oder Erlaubnis zur Berufsausübung gem. § 4 PsychThG*

- als Psychologische/r Psychotherapeut/in *
- als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in *

Urkunde ausgestellt am: in:

Ausstellende Behörde: (Name, Sitz)

Falls Erlaubnis vom: Geltungsdauer:

Umfang:

b) Sozialrechtliche Zulassung/Ermächtigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung

- keine Zulassung im Zulassungsverfahren
 Zulassung seit: Ermächtigung seit:

Name der Kassenärztlichen Vereinigung:

LANR:

KV-Stempel:

c) Fachkunde erworben zur Behandlung von

- Erwachsenen Kinder u. Jugendlichen Gruppen

Bei Fachkunde in mehreren Verfahren: Folgendes Verfahren übe ich hauptsächlich aus:

.....

d) Bei **Doppelapprobation** als Psychologische/r Psychotherapeut/in **und** Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in:
Mein Wahlrecht werde ich für **eine** der folgenden Berufsgruppen ausüben (bitte unbedingt für eine Berufsgruppe entscheiden!)

- Psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen
 Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen

G) Angaben zur Psychotherapieausbildung

Ausbildungseinrichtung: /

von - bis (Jahr):

H) Therapieverfahren

a) Welche/s Therapieverfahren war/en Grundlage Ihrer Approbation?

- Analytische Psychotherapie**
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Verhaltenstherapie
 Gesprächspsychotherapie
 Systemische Therapie
 Sonstige:

I) Sonstige Qualifikationen

(z.B. weitere Richtlinienverfahren, Nicht-Richtlinienverfahren, curriculare Fortbildungen, Weiterbildungen, spezielle Erfahrungen)

Qualifikation	Erworben durch

J) Verfügen Sie über therapiesichere Fremdsprachenkenntnisse?

Fremdsprache	Niveau
(1)	<input type="checkbox"/> muttersprachlich <input type="checkbox"/> therapiesicher
(2)	<input type="checkbox"/> muttersprachlich <input type="checkbox"/> therapiesicher
(3)	<input type="checkbox"/> muttersprachlich <input type="checkbox"/> therapiesicher

K) Mitgliedschaft in anderen Heilberufekammern

a) Ich war bisher beitragspflichtiges Mitglied in einer anderen Heilberufekammer

ja, nämlich nein

b) Doppelmitgliedschaft¹ nach Aufnahme in die OPK
(bei Berufsausübung im Zuständigkeitsgebiet mehrerer Psychotherapeutenkammern)

ja nein

¹ Bei Doppelmitgliedschaft: Bitte Nachweis der Beitragszahlung bei der anderen Kammer einreichen

L) Angaben zur Berufsausübung (Mehrfachnennungen möglich)

a) Art der Tätigkeit

- selbstständig
 - Vollzeit
 - Teilzeit
 - Geringfügig

- angestellt
 - Vollzeit
 - Teilzeit
 - Geringfügig

- verbeamtet
 - Vollzeit
 - Teilzeit
 - Geringfügig

b) Berufsausübung in:

- Eigener Niederlassung
 - Einzelpraxis
 - Berufsausübungsgemeinschaft
 - Praxisgemeinschaft
 - MVZ

- Einrichtung
 - Ambulanter Einrichtung
 - Psychotherapeutischer Praxis
 - Beratungsstelle
 - Jugend-/Familienberatungsstelle
 - Drogen-/Suchtberatungsstelle
 - Andere:
 - Sonstiger ambulanter Einrichtung
- Stationärer/teilstationärer Einrichtung
 - Krankenhaus
 - Vorsorgeeinrichtung
 - Rehabilitationseinrichtung
 - Psychosomatik
 - Suchtbehandlung
 - Andere:
- Verwaltung (z.B. Gesundheitsbehörden, Ministerien, Berufsverbände)
- Gesundheitsschutz
- Sonstiger Einrichtung

c) Keine Tätigkeit ²

- In Pension / Ruhestand seit
- In Elternzeit von.....bis.....
- krank seit.....
- arbeitslos seit
- Sonstiges:

M) Ergänzende Angaben

(z.B. rollstuhlgerechte Praxis, Kenntnisse der Gebärdensprache...)

Mir ist bekannt, dass ich der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer **alle Änderungen** der hier gemachten Angaben **innerhalb eines Monats zu melden** habe.

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

Ort: Datum:

Unterschrift:

² Bitte Nachweise einreichen (einfache Kopien)