

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN)

Meldebogen für die Erfassung der Mitglieder der PKN

(Nach § 4 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) sowie nach § 2 der Meldeordnung der PKN sind alle Kammermitglieder zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet, soweit diese nicht als freiwillige Angaben gekennzeichnet sind)

1 Persönliche Daten

1.1 Name: (Vorname(n) und Familienname ohne akademischen Grad. Rufname bitte unterstreichen)

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Akademische Grade / Titel: _____

Kammermitgliedsnummer (wird von der Geschäftsstelle der PKN ausgefüllt):

1.2 Praxis- / Dienstanschrift

(weitere Anschriften wie z. B. Zweigpraxisanschrift wurden auf Beiblatt angegeben Ja Nein)

Praxis-/Dienststelle: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Die folgenden Angaben zu 1.2) sind freiwillig:

Fax: _____ E-Mail: _____

Mobiltelefon: _____

1.3 Privatanschrift

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Gewünschte Postanschrift (bitte ankreuzen): Praxis-/Dienstanschrift Privatanschrift

Die folgenden Angaben zu 1.3) sind freiwillig:

Fax: _____ E-Mail: _____

1.4 Persönliche Angaben

Weiblich Männlich Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort / -staat: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Fremdsprachenkenntnisse: _____

Die folgenden Angaben zu 1.4 sind freiwillig;
sie stellen die Grundlage für die Konzipierung von Versorgungs- und Alterssicherungssystemen dar.

Familienstand:

ledig geschieden verheiratet verwitwet

wenn verheiratet, Geburtsdatum des Ehepartners: _____

Kinder unter 25 Jahren:

1. Kind: Geburtsdatum: _____ 3. Kind: Geburtsdatum: _____

2. Kind: Geburtsdatum: _____ 4. Kind: Geburtsdatum: _____

Welche Kinder zwischen 18. und 25. Lebensjahr befinden sich in einer Schul- oder

Berufsausbildung? 1. Kind 2. Kind 3. Kind 4. Kind

2 Angaben zur Berufsausbildung

2.1 Hochschul- / Universitätsausbildung(en)*

- Abschluss der akademischen Berufsausbildung (Voraussetzung zum Erwerb der Approbation):

Datum: _____ Hochschule / Universität: _____

- Promotion zum Dr. _____

Datum: _____ Hochschule / Universität: _____

- Habilitation: _____

Datum: _____ Hochschule / Universität: _____

2.2 Zusätzliche Hochschul-/ Berufsausbildung

Abschluss der Berufsausbildung: _____

Datum: _____ Ausbildungseinrichtung: _____

(weitere Ausbildungen wurden auf Beiblatt angegeben Ja Nein)

* Alle mit einem * gekennzeichneten Angaben sind durch Ablichtungen der Originalbescheinigungen / -urkunden zu belegen.

2.3 Psychotherapieausbildung(en) (auch Nicht-Richtlinienverfahren)*

- Psychotherapeutisches Verfahren: _____

Ausbildungsinstitution: _____

_____ Abschlussjahr: _____

- Psychotherapeutisches Verfahren: _____

Ausbildungsinstitution: _____

_____ Abschlussjahr: _____

- Psychotherapeutisches Verfahren: _____

Ausbildungsinstitution: _____

_____ Abschlussjahr: _____

- Psychotherapeutisches Verfahren: _____

Ausbildungsinstitution: _____

_____ Abschlussjahr: _____

(weitere Psychotherapieausbildungen wurden auf Beiblatt angegeben Ja Nein)

3 Angaben zur Erlaubniserteilung

Erlaubnis zur Berufsausübung als Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut (**PP**) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (**KJP**) durch:

3.1 Approbation** als PP und /oder KJP

Approbation gem. § 2 PsychThG (staatliche Ausbildung)

Approbation gem. §12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

Urkunde(n) ausgestellt am: _____ in: _____

von (Behörde): _____

3.2 Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung** als PP und/oder KJP gem. § 4 PsychthG

Erlaubnis vom: _____

Ausstellende Behörde (Name, Sitz): _____

Geltungsdauer: _____

Umfang: _____

* Alle mit einem * gekennzeichneten Angaben sind durch Ablichtungen der Originalbescheinigungen / -urkunden zu belegen.

** Alle mit zwei * gekennzeichneten Angaben sind durch Vorlage der Originalurkunde, einer amtlich beglaubigten Abschrift oder amtlich beglaubigten Ablichtung zu erbringen.

4 Angaben zur Integration in die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung

4.1 Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung (§ 95 Abs. 10 und 11 SGB V)

Name der genehmigenden Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Zulassung* seit: _____

Ermächtigung* seit: _____

KV-Stempel:

4.2 Abrechnungsgenehmigung in einem Richtlinienverfahren durch Eintragung in das Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Fachkundenachweis)

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung habe ich die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung folgender Leistungen der Psychotherapie erhalten:

Name der genehmigenden Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Bescheid* vom: _____ für:

Analytische Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

Verhaltenstherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

Übende und suggestive Techniken

Autogenes Training

Relaxationsbehandlung nach
Jacobson

Hypnose

* Alle mit einem* gekennzeichneten Angaben sind durch Ablichtungen der Originalbescheinigungen /-urkunden zu belegen.

4.3 Zweitabrechnungsgenehmigung in einem weiteren Richtlinienverfahren (zweiter Fachkundenachweis)

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung habe ich folgende Zweitabrechnungsgenehmigung erhalten:

Name der genehmigenden Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Bescheid* vom: _____

befristet bis: _____ für:

Analytische Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

Verhaltenstherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Erwachsene

Kinder und Jugendliche

Gruppen

4.4 Abrechnungserlaubnis für Psychologische Psychotherapeuten durch Zusatzqualifikation gem. § 6 Abs. 4 und 5 der PT-Vereinbarung bei Kindern und Jugendlichen sowie Gruppen

Bei der kassenärztlichen Vereinigung habe ich eine Abrechnungserlaubnis zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Gruppen erhalten.

Name der genehmigenden Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung: _____

Bescheid* vom: _____ für:

analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Gruppen

Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

Gruppen

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern u. Jugendlichen

Gruppen

* Alle mit einem * gekennzeichneten Angaben sind durch Ablichtungen der Originalbescheinigungen /-urkunden zu belegen.

5 Angaben zur Berufsausübung

5.1 Derzeitige berufliche Tätigkeit

5.1.1. selbstständig in:

Einzelpraxis: seit _____

Gemeinschaftspraxis: seit _____

Praxisgemeinschaft: seit _____

Job-Sharing: seit _____

Sonstiges: seit _____

5.1.2. angestellt beamtet in:

Praxis _____

Klinik, Name: _____

Ort: _____ seit: _____

Sonstige therapeutische Einrichtung(en)

Name: _____

Ort: _____ seit: _____

Beratungsstelle, Name: _____

Ort: _____ seit: _____

Bildungswesen, Name: _____

Ort: _____ seit: _____

Behörde / öffentlich-rechtliche Körperschaft / Verband

Name: _____

Ort: _____ seit: _____

sonstige Einrichtung(en)

Name: _____

Ort: _____ seit: _____

5.2 Frühere berufliche Tätigkeiten

Die Angaben zu 5.2 sind freiwillig.

5.2.1 selbstständig in:

Einzelpraxis: von _____ bis _____

Gemeinschaftspraxis : von _____ bis _____

Praxisgemeinschaft: von _____ bis _____

Job-Sharing: von _____ bis _____

Sonstiges: von _____ bis _____

5.2.2 angestellt beamtet in:

Praxis _____

Klinik, Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

Sonstige therapeutische Einrichtung(en)

Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

Beratungsstelle, Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

Bildungswesen, Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

Behörde / öffentlich-rechtliche Körperschaft / Verband

Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

sonstige Einrichtung(en)

Name: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

5.3 Keine berufliche Tätigkeit

(bitte belegen Sie Ihre Angaben durch einen geeigneten Nachweis)

Mutterschutz seit: _____ bis: _____

Erziehungszeit seit: _____ bis: _____

in Pension / Ruhestand seit: _____

arbeitslos / gemeldet beim Arbeitsamt seit: _____ bis: _____

Sonstiges seit: _____ bis: _____

6 Angabe der Kammer, in der ebenfalls eine Pflichtmitgliedschaft besteht:

Name der Länderkammer: _____

Dauer der Mitgliedschaft seit: _____

7 Angabe der Psychotherapeutenkammer(n), in der / denen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand:

Name der Länderkammer(n): _____

Dauer der Mitgliedschaft von: _____ bis: _____

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben der PKN gemäß § 4 HKG innerhalb 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 und Stempel: _____