

# Eigenerklärung

## über das Ende der Ermächtigung

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass meine Ermächtigung zum   TT   .   MM   .   JJJJ   endet / geendet hat.

- Meine psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) habe ich zum   TT   .   MM   .   JJJJ   vollständig aufgegeben.
- Ich bin weiterhin berufstätig.

Ort der Berufsausübung (Anschrift):

---

---

\*Wenn Sie weitere Tätigkeiten ausüben, geben Sie diese bitte auf der Rückseite an.

*Eine Berufsausübung liegt bereits dann vor, wenn bei der Tätigkeit Kenntnisse und Fähigkeiten, die Voraussetzung für die Approbation oder Berufserlaubnis waren, eingesetzt werden oder auch nur eingesetzt oder mit verwendet werden können. (§ 2 Abs.1 S. 3 HKG).*

*Unter psychotherapeutischer Tätigkeit fallen u. a. auch Tätigkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in der Supervision, in der kurativen und palliativen Versorgung, in der Prävention und Rehabilitation, in Forschung und Lehre, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Kinder und Jugendhilfe sowie anderen Feldern des Sozialwesens, in der Beratung, der Leitung und im Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen und je nach Einzelfall auch die administrative Tätigkeit in Behörden. Vom kammerrechtlichen Begriff der Berufsausübung ausgeschlossen sind lediglich berufs fremde Tätigkeiten eines Psychotherapeuten, die in keinerlei Zusammenhang mehr mit der psychotherapeutischen Ausbildung stehen.*

Sollten sich Änderungen ergeben, werde ich die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen darüber informieren.

Mir ist bewusst, dass die vorstehenden Angaben u. a. beitragsrechtliche Konsequenzen haben können. Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

**Anmerkung:** Sollten Sie sich über die Einordnung Ihrer Tätigkeit unter dem Begriff der Berufsausübung im Sinne des HKG unsicher sein, schildern Sie der PKN bitte schriftlich die Art Ihrer Tätigkeit und bitten um eine Beurteilung. **Achtung: Dieses Formular ersetzt keinen Antrag auf Beitragsermäßigung – Weitere Informationen finden Sie unter <https://pknds.de> → Mitglieder → Mitgliedsbeitrag**