

Meldebogen

zur Anmeldung für approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Nach § 4 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) i.V.m. § 2 der Meldeordnung der PKN sind alle Kammermitglieder zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet.

Eingangsstempel:

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
Leisewitzstr. 47
30175 Hannover

Zutreffendes bitte ausfüllen und ankreuzen

1. Persönliche Daten	
Name:	Vorname(n):
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	

Bitte geben Sie alle Namen laut Personalausweis an
(Rufnamen bitte unterstreichen)

2. Privat- / Meldeanschrift	
Hinweis: Privatanschrift ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Ihre Korrespondenzanschrift	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	

3. Angaben zur Berufsausbildung	
Bitte Urkunde/n in Kopie beilegen	
3.1 Hochschul- / Universitätsausbildung	
Universität / Hoch- / Fachschule:	
Abschluss:	
Datum:	
Akademischer Grad <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. <input type="checkbox"/> B. A. <input type="checkbox"/> M. A. <input type="checkbox"/> M. Sc. <input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Promotion	<input type="checkbox"/> Habilitation
Titel: <input type="checkbox"/> Dr. rer. nat. <input type="checkbox"/> Dr. phil. <input type="checkbox"/> Dr. med.	Titel: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD
Hochschule / Universität:	Hochschule / Universität:
Datum:	Datum:

3.2 Psychotherapeutische Ausbildung(en) PP und / oder KJP

Ausbildungsteilnehmer Beginn Ihrer Ausbildung (Datum): _____._____._____

Beginn des **(fach-)praktischen** Teils Ihrer Ausbildung (Datum): _____._____._____

(ambulante Behandlungsfälle unter Supervision)

oder

Abschluss Abschluss (Datum): _____._____._____

Institution: _____ Therapierichtung: _____

3.3 Weiterbildung laut PsychThG in der Fassung seit dem 01.09.2020

Weiterbildungsstätte: _____ Beginn der Weiterbildung: (Datum): _____._____._____

Weiterbildung in Erwachsene Kinder- und Jugendliche Neuropsycholog. Psychotherapie

Therapierichtung: _____

4. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

Approbation PP und / oder KJP **Bitte Urkunde/n und Zeugnis über die staatliche Prüfung in Kopie beilegen**

Approbation gem. § 2 PsychThG (Staatliche Ausbildung)

Approbation gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

Approbation laut PsychThG in der Fassung seit dem 01.09.2020

Urkunde ausgestellt am: _____ von (Behörde): _____

Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung PP und / oder KJP gem. § 4 PsychThG

Erlaubnis ausgestellt am: _____ von (Behörde): _____

5. Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen

KVN-Bezirksstelle:

Zulassung seit: _____._____._____

Ermächtigung seit: _____._____._____ bis: _____._____._____

Einverständnis zum Datenaustausch

Ich bin damit einverstanden, dass die PKN der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Information bezüglich meiner Fortbildungsverpflichtung übermittelt und die dafür notwendigen Daten mit der KVN austauscht. Eine Verpflichtung der PKN zur Datenübermittlung ist damit nicht verbunden. Mir ist bekannt, dass ohne meine Zustimmung diese Übermittlung aus Rechtsgründen nicht möglich ist und ich bei Fälligkeit meiner Nachweispflicht selbst aktiv werden muss.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit der PKN gegenüber widerrufen kann.

6. Fremdsprachenkenntnisse

Bitte geben Sie hinter der Sprache das Niveau Ihrer Sprachkenntnisse an. * ¹Muttersprache * ²Fließend * ³Grundkenntnisse *

8. Angaben zur Mitgliedschaft in anderen Psychotherapeutenkammern

Es **besteht** eine Pflichtmitgliedschaft bei der Landespsychotherapeutenkammer:

Name: seit: _____.____._____

Es **bestand** zuletzt eine Pflichtmitgliedschaft bei der Landespsychotherapeutenkammer:

Name: seit: _____.____._____ bis: _____.____._____

9. Erklärung gem. § 33 Abs. 1 S. 4 HKG über Berufshaftpflichtversicherung

Versicherung bei
Personen- und Sachschäden: € Vermögensschäden: €

Es besteht Versicherungsschutz durch eine Betriebshaftpflichtversicherung

Es besteht nach den Grundsätzen der Amtshaftung eine Freistellung von der Haftung

10. Elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA)

Falls Sie bereits einen ePtA besitzen,...

- über welche Kammer wurde dieser bestellt?
- welche Anschrift soll an den Verzeichnisdienst übermittelt werden? 7.1 7.2 7.3

11. Newsletter

Einmal im Monat informieren wir unsere Mitglieder mit einem Newsletter über aktuelle (berufs-)relevante Themen.

Falls Sie unseren Newsletter nicht erhalten möchten, informieren Sie sich bitte selbst aktiv über wichtige berufliche Belange, Neuerungen und Änderungen auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen sowie auf den niedersächsischen Länderseiten im Psychotherapeutenjournal.

Ich möchte den Newsletter **nicht** erhalten

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gemäß § 4 HKG innerhalb eines Monats zu melden habe.

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

Ort / Datum

Eigenhändige Unterschrift

Stand 04/2024

Übersicht - Art der Berufsausübung

<u>Ambulante Versorgung:</u>	01 Einzelpraxis 02 Gemeinschaftspraxis 03 Praxisgemeinschaft 04 Medizinisches Versorgungszentrum 05 Psychotherapeutische Hochschulambulanz 06 Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene 07 Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung 08 Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus 09 Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus 10 Ambulanz in Somatischem Krankenhaus 11 Sozialpädiatrisches Zentrum
<u>Krankenhaus / Klinik / Abteilung:</u>	31 Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene 32 Gerontopsychiatrische Abteilung 33 Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus 34 Psychosomatisches/Psychotherapeutisches Krankenhaus 35 Somatisches Krankenhaus 36 Psychosomatische Rehabilitationsklinik 37 Einrichtung der somatischen Rehabilitation 38 Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen 39 Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
<u>Einrichtung nach Sozialgesetzbuch:</u>	51 Behindertenhilfe 52 Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
<u>Beratungsstelle:</u>	61 Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung 62 Schulpsychologischer Dienst 63 Suchtberatung
<u>Forensische Einrichtung:</u>	71 Maßregelvollzug 72 Strafvollzug
<u>Andere Institution:</u>	91 Hochschule/Universität (Forschung und Lehre) 92 Verwaltung 93 Industrie/Wirtschaft 94 Gesundheitsschutz