Meldebogen

zur Anmeldung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

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

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

1. Persönliche Daten

Name:	Vorname(n):
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort/Staat:	Staatsangehörigkeit:
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	

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 ☐ Dipl.-Psych. ☐ Dipl.-Päd. ☐ B. A. ☐ M. A. ☐ Sonstige: ……..	
☐ **Promotion**	☐ **Habilitation**
Titel: ☐ Dr. rer. nat. ☐ Dr. phil. ☐ Dr. med.	Titel: ☐ Prof. ☐ PD
Hochschule / Universität:	Hochschule / Universität:
Datum:	Datum:

3.2 Psychotherapeutische Ausbildung

Institution:	Therapierichtung:

4. Fremdsprachenkenntnisse

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

5. Angaben zur Berufsausübung

Bitte geben Sie die Ziffer der Art der Tätigkeit an.
Siehe beigefügte Auflistung

Art der Tätigkeit: ☐ selbständig → **Nummer 5.1** ☐ angestellt → **Nummer 5.2** ☐ beamtet → **Nummer 5.2** ☐ keine Tätigkeit → **Nummer 5.4**

5.1 Art der selbständigen Tätigkeit:

seit: ___TT___.___MM___.___JJJJ___ (genaues Datum)

☐ Einzelpraxis: Ziffer: 01 ☐ Praxisgemeinschaft: Ziffer: 03

☐ Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis: Ziffer: 02

☐ Medizinisches Versorgungszentrum: Ziffer: 04

☐ Partnerschaftgesellschaft: Ziffer: …… ☐ Job-Sharing: Ziffer: ……

☐ Sonstige: …… Ziffer: ……

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort der Berufsausübung:

Telefon: Mobil:

5.2 Art der nicht selbständigen Tätigkeit:

seit: ___TT___.___MM___.___JJJJ___ (genaues Datum)

☐ Ambulante Versorgung: Ziffer: …… ☐ Forensische Einrichtung: Ziffer: ……

☐ Stationäre Versorgung: Krankenhaus/Klinik/Abteilung: Ziffer: ……

☐ Einrichtung nach Sozialgesetzbuch: Ziffer: ……

☐ Beratungsstelle: Ziffer: …… ☐ Andere Institution: Ziffer: ……

Name des Arbeitgebers:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort der Berufsausübung:

Telefon: Mobil:

5.3 Weitere Tätigkeiten

seit: ___TT___.___MM___.___JJJJ___ (genaues Datum)

z. B. als Supervisorin / Supervisor oder Gutachterin / Gutachter

☐ **Angestelltentätigkeit** ☐ **Beamtentätigkeit** ☐ **Honorar / -selbständige Tätigkeit**

Name: Ziffer:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort der Berufsausübung:

Telefon: Mobil:

5.4 Keine berufliche Tätigkeit

☐ Elternzeit seit/von: ____.____._____ bis: ____.____._____ ☐ Ruhestand seit: ____.____._____

☐ arbeitslos seit/von: ____.____._____ bis: ____.____._____ ☐ sonstiger Grund seit: ____.____.____

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

☐ Versicherung bei ……

Personen- und Sachschäden: …….…… € Vermögensschäden: ……...…… €

☐ Es besteht Versicherungsschutz durch eine Betriebshaftpflichtversicherung / Ausbildungsinstitut

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

7. 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 Niedersachen gemäß § 4 HKG innerhalb eines Monats zu melden habe.
Ich versichere, meine Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort / Datum Eigenhändige Unterschrift

Stand 04/2022

Übersicht - Dienststellenart	
Ambulante Versorgung:	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
Krankenhaus / Klinik / Abteilung:	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)
Einrichtung nach Sozialgesetzbuch:	51 Behindertenhilfe 52 Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
Beratungsstelle:	61 Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung 62 Schulpsychologischer Dienst 63 Suchtberatung
Forensische Einrichtung:	71 Maßregelvollzug 72 Strafvollzug
Andere Institution:	91 Hochschule/Universität (Forschung und Lehre) 92 Verwaltung 93 Industrie/Wirtschaft 94 Gesundheitsschutz

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Nachweis über den Beginn des praktischen Teils der Psychotherapieausbildung

Mitgliedsnummer: _____

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Ziel der Psychotherapieausbildung:

( ) Psychologischer Psychotherapeut/in

( ) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Beginn der **praktischen** Ausbildung (Datum): _____.TT_____.MM_____JJJJ
(ambulante Behandlungsfälle unter Supervision)

Ausbildungsinstitut (Name / Ort):_____

_____

Ort, Datum Stempel + Unterschrift der Institutsleitung

Wichtiger Hinweis: Veränderungen des Ausbildungsverhältnisses (z. B. erfolgreicher Abschluss, Fortsetzung in einem anderen Bundesland oder Beendigung) müssen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen innerhalb eines Monates mitgeteilt werden.