

Meldebogen für die Erfassung der Kammermitgliedschaft

Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben führt die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) Verzeichnisse der Kammermitglieder. Gemäß § 8 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerechtheit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz - HBKG) darf die Kammer zu diesem Zweck von ihren Mitgliedern Daten erheben und verarbeiten. Nach § 30 HBKG gehört es zu den Berufspflichten der Mitglieder, den Melde- und Auskunftspflichten nachzukommen. Kammermitglieder sind zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet, soweit diese nicht als freiwillige Angaben gekennzeichnet sind. Sind Angaben vorgegeben, ist stets alles Zutreffende anzukreuzen.

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

Nachname:

Vorname(n):

Akademische Grade / Titel:

2. Persönliche Angaben:

weiblich männlich divers Geburtsdatum:

Geburtsname:

Staatsangehörigkeit:

3. Private Anschrift: Postanschrift

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

wohnhafte in Schleswig-Holstein seit:

Fax: E-Mail:

4. Angaben zur Berufsausbildung (Abschluss der akademischen Berufsausbildung):

Datum: Hochschule / Universität:

- Promotion zum Dr.

Datum: Hochschule / Universität:

- Habilitation:

Datum: Hochschule / Universität:

5. Angaben zur staatlichen Berufszulassung (Approbation/Berufserlaubnis):**a) Approbation als**

Psychologische/r PsychotherapeutIn gem. §§ 2 oder 12 PsychThG

oder

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn gem. §§ 2 oder 12 PsychThG

Urkunde ausgestellt am: in:

von (Behörde):

Bitte Kopie beifügen!

b) InhaberIn einer befristeten Erlaubnis zur Berufsausübung als

Psychologische/r PsychotherapeutIn gem. § 4 PsychThG

oder

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn

Erlaubnis vom:

Ausstellende Behörde: (Name, Sitz)

Geltungsdauer:

Umfang:

Bitte Kopie beifügen!

6. Angaben zu einer von einer Landespsychotherapeutenkammer nach ihrer**Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildung:**

Klinische Neuropsychologie

Systemische Therapie

Gesprächspsychotherapie

Weitere:

Urkunde ausgestellt am: durch:

Bitte Kopie beifügen!

7. Angaben zur Berufstätigkeit:**a) Für selbstständige Tätigkeit****Dienstanschrift 1 in Schleswig-Holstein** Postanschrift

Praxis-/Dienststelle:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax: E-Mail:

berufstätig in Schleswig-Holstein seit:

Dienstanschrift 2 in Schleswig-Holstein Postanschrift

Praxis-/Dienststelle:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax: E-Mail:

berufstätig in Schleswig-Holstein seit:

Angaben zur Praxis: Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft/Partner: (Name) Praxismgemeinschaft/Partner: (Name) Job-Sharing/Partner: (Name) Sonstiges:**Tätigkeitsumfang** Vollzeit Teilzeit geringfügig **Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit seit dem****Suchdienst „Psychinfo“** (www.psych-info.de): **Ich bitte um die Aufnahme meiner Basisdaten (Name, Praxisanschrift, Telefon, E-Mail) in den „Psychinfo“-Suchdienst durch die Geschäftsstelle der PKSH.****Hinweis:** Die Basisdaten können durch weitere Angaben (Sprechzeiten, Spezialisierungen, Fremdsprachen etc.) selber ergänzt werden. Siehe beigefügtes Psychinfo-Merkblatt.

b) Für angestellte Tätigkeit

Dienstanschrift 1 in Schleswig-Holstein

Postanschrift

Praxis-/Dienststelle:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax: E-Mail:

berufstätig in Schleswig-Holstein seit:

Dienstanschrift 2 in Schleswig-Holstein

Postanschrift

Praxis-/Dienststelle:

Straße: Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax: E-Mail:

berufstätig in Schleswig-Holstein seit:

Beschäftigungsstatus: angestellt beamtet sonstiges:

Angaben zur Einrichtung:

- Praxis MVZ Beratungsstelle
- Klinik Bildungswesen Sonstige therapeutische Einrichtung(en)
- Behörde / Körperschaft / Verband sonstige Einrichtung(en)

Tätigkeitsumfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

8. Sonstiges:

- Keinerlei berufliche Tätigkeit
- Doppelmitgliedschaft bei der Psychotherapeutenkammer.....

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 8 Abs. 1 des Heilberufekammergesetzes (Meldepflicht) den Beginn, das Ende und Veränderungen der beruflichen Tätigkeit sowie die Wohnsitznahme und die Aufgabe des Wohnsitzes in Schleswig-Holstein der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) innerhalb eines Monats zu melden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Meldebogen vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort: Datum:

Unterschrift: