

Psychotherapeutenkammer Hamburg | Hallerstr. 61 | 20146 Hamburg

An die  
Psychotherapeutenkammer Hamburg  
Hallerstr. 61

20146 Hamburg

Psychotherapeutenkammer Hamburg  
Hallerstr. 61 | 20146 Hamburg  
Tel: 040 | 226 226-060  
Fax: 040 | 226 226-089

info@ptk-hamburg.de  
www.ptk-hamburg.de

## Meldebogen

**für approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische  
Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
sowie  
für in der Ausbildung hierzu befindlichen Personen (PiA)**

Nach § 3 des Hamburgischen Gesetzes für die Heilberufe (HmbHKG) sind alle Kammermitglieder zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet. Bei Anträgen auf Erlangung der freiwilligen Mitgliedschaft für in der Ausbildung befindliche Personen sind die Angaben ebenfalls obligatorisch.

**A) Name:** (Akademischer Grad / Titel, Vorname und Familienname. Rufname bitte unterstreichen)

\_\_\_\_\_

### B) Privatanschrift

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### C) Anschrift Praxis / Arbeitsstelle 1)

Bezeichnung Praxis / Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### D) Anschrift Praxis / Arbeitsstelle 2)

Bezeichnung Praxis / Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewünschte Postanschrift (bitte ankreuzen):  Privat  Praxis/Arbeitsstelle 1  Praxis-/Arbeitsstelle 2

### E) Persönliche Angaben:

Weiblich

Männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Staat: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**F) Angaben zur Berufsausbildung und Approbation** (bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beifügen)

Universitäts-/Hochschul-/Fachschulabschluss als: \_\_\_\_\_

Universität/Hoch-/Fachschule: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Promotion/Habilitation/Titel: \_\_\_\_\_ Universität: \_\_\_\_\_

Approbation als **Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut (PP)**

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ von (Behörde, Ort): \_\_\_\_\_

Nach:  § 2 (Übergangsregelung) oder  § 12 (staatl. Ausbildung) PsychTHG

*und / oder*

Approbation als **Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut/In (KJP)**

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_ von (Behörde, Ort): \_\_\_\_\_

Nach:  § 2 (Übergangsregelung) oder  § 12 (staatl. Ausbildung) PsychTHG

**Besteht eine Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufskammer?**  Ja  Nein

Wenn Ja welche: \_\_\_\_\_

**G) Angaben zur Berufsausübung**

In eigener Praxis, Praxengemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis (zutreffendes bitte unterstreichen) tätig

*und / oder*

In einem Beschäftigungsverhältnis bei: \_\_\_\_\_

Derzeit nicht psychotherapeutisch tätig (bitte begründen und evtl. Nachweis beifügen):  
\_\_\_\_\_

**H) Angaben zur KV-Zulassung**

Zulassung als  PP *und / oder*  KJP  Keine KV-Zulassung

Zulassungsstelle (Bundesland): \_\_\_\_\_ Zulassungsdatum: \_\_\_\_\_

Lebenslange Ärztenummer (LAN): \_\_\_\_\_ BetriebsstättenNr. (BSNR): \_\_\_\_\_

**Verfahren:**

analytische Psychotherapie  tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  Verhaltenstherapie

**Zusätzliche Abrechnungsgenehmigung** zur Behandlung:  Erwachsene  Kinder  Gruppen

**Verfahren:** \_\_\_\_\_

**I) Für angehende Psychotherapeuten/innen (PiAs)**

Ich bin seit \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ am folgenden hamburger Ausbildungsinstitut  
\_\_\_\_\_ in der Ausbildung zur/zum  PP bzw.  KJP.

**Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg 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: \_\_\_\_\_