

Ihre Mitgliedsnummer:

Psychotherapeutenkammer Hamburg  
Hallerstrasse 61  
20146 Hamburg

## Datenaktualisierungsbogen 2021

**RÜCKANTWORT**

Per Fax an: +49 (40) 226 226 089

Per E-Mail: [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de)

**Daten zur Person:** (Diese Daten sind **nicht** zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung freigegeben!)

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Vorname /Rufname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig / verheiratet / verwitwet

**Privatanschrift:** (Diese Daten sind **nicht** zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung freigegeben!)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Praxis / Dienstanschrift (1):** Praxisname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Daten an:  Therapieführer (Nur bei Niederlassung)

**(Bitte beachten Sie, das wir Ihr Einverständnis benötigen. Das Nicht-Ankreuzen wird als Ablehnung der Datenweitergabe verstanden!)**

**Praxis / Dienstanschrift (2):** Praxisname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Daten an:  Therapieführer (Nur bei Niederlassung)

**(Bitte beachten Sie, das wir Ihr Einverständnis benötigen. Das Nicht-Ankreuzen wird als Ablehnung der Datenweitergabe verstanden!)**

**Auswahl Postanschrift:**

privat

Praxis / Dienstanschrift 1

Dienstanschrift 2

**Verteiler:**

Kammer-/Fortbildungsnewsletter (Email): Zustimmung erteilt

abbestellen zum: \_\_\_\_\_

Ihre Mitgliedsnummer: «Mitglied\_kurz»

**Für angehende Psychotherapeuten/innen (PiA(P))**

Ausbildung zur Psychologische Psychotherapeut\*in (PP)

Verfahren:  AP  TP  VT  ST

Ausbildung zur Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut\*in (KJP)

Verfahren:  AP  TP  VT  ST

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

voraussichtliches Ende: \_\_\_\_\_

Hamburger Ausbildungsinstitut: \_\_\_\_\_

**Angaben zur abgeschlossenen Berufsausbildung:**

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

Abschluss: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

Universität: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

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

**Angaben zur Approbation:**

Approbation als Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut (PP)

Nach: § 12 (Übergangsregelung) oder

§ 2 (staatl. Ausbildung) PsychTHG

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_

von (Behörde, Ort): \_\_\_\_\_

Vertiefungsverfahren: Therapieverfahren: AP / TP / VT / GPT

Approbation als Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP)

Nach: § 12 (Übergangsregelung) oder

§ 2 (staatl. Ausbildung) PsychTHG

Urkunde ausgestellt am: \_\_\_\_\_

von (Behörde, Ort): \_\_\_\_\_

Vertiefungsverfahren: Therapieverfahren:  AP  TP  VT  GPT  ST

**Arztregister:**

Arztregisternummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ KV: \_\_\_\_\_

**Kassenzulassung:**

ganze KV-Zulassung als  PP und / oder  KJP

halbe KV-Zulassung als  PP und / oder  KJP

KV-Zulassung durch Arbeitgeber als  PP und / oder  KJP

keine KV-Zulassung

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

Lebenslange Arztnummer (LAN): \_\_\_\_\_ BSNR (Stempel-Nr.): \_\_\_\_\_

Verfahren:  AP  TP  VT

Zusätzliche Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung:  Kinder  Gruppen

**Berufshaftpflicht:**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_ Beginn-Datum: \_\_\_\_\_

Der Mitteilung meines Fortbildungspunktestandes an die KV (**Bitte ankreuzen**):

stimme ich zu  stimme ich nicht zu

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

### Daten für das Statistische Bundesamt

(es werden nur Zahlen und keine persönliche Daten weitergegeben)

Bitte wählen Sie die Kategorie Ihrer Arbeitsstelle gem. der Definition des Statistischen Bundesamtes (Mehrfachantworten sind möglich):

<input type="checkbox"/> <b>Haupttätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> angestellt oder beamtet	<input type="checkbox"/> selbstständig und angestellt/beamtet	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> Ruhestand	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> sonstiger Grund _____
<input type="checkbox"/> <b>weitere Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> keine weitere Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Gutachter	<input type="checkbox"/> Supervisor	<input type="checkbox"/> Gutachter und Supervisor
<b>Umfang:</b> Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>		
<b>Gebärdensprache</b>   Therapie kann in Gebärdensprache erfolgen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>Sprachkenntnisse:</b> / Therapie kann in folgenden Sprachen erfolgen: deutsch <input type="checkbox"/>	englisch <input type="checkbox"/>	türkisch <input type="checkbox"/>	arabisch <input type="checkbox"/>	Weitere Sprachen: _____

### Dienststellenart

<input type="checkbox"/> <b>in der ambulanten Versorgung</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis			
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis			
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft			
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum			
<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten			
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Allgemeipsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene			
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung			
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Somatischem Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum			
<input type="checkbox"/> <b>in der stationären Versorgung</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tagesklinik			
<input type="checkbox"/> Allgemeipsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene			
<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Abteilung			
<input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Somatisches Krankenhaus			
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Rehabilitationsklinik			
<input type="checkbox"/> Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung			
<input type="checkbox"/> Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen			
<input type="checkbox"/> Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)			
<input type="checkbox"/> Sonstige Klinik			
<input type="checkbox"/> <b>Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Behindertenhilfe			
<input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)			
<input type="checkbox"/> <b>Beratungsstellen</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung			
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst			
<input type="checkbox"/> Suchtberatung			
<input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstelle			
<input type="checkbox"/> <b>Forensische Einrichtungen</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maßregelvollzug			
<input type="checkbox"/> Strafvollzug			
<input type="checkbox"/> <b>andere Institutionen</b>	Umfang: Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	geringfügig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)			
<input type="checkbox"/> Verwaltung			
<input type="checkbox"/> Industrie/Wirtschaft			
<input type="checkbox"/> Gesundheitsschutz			
<input type="checkbox"/> sonstige Einrichtung			

### Definition des Statistischen Bundesamtes

Die Einrichtungen des **Gesundheitsschutzes** umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunallhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden und Landesministerien sowie Einrichtungen des Bundes wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin bzw. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Darüber hinaus gehören hierzu auch die Ministerien und noch nicht genannten Gesundheitsbehörden.

**Ambulante Einrichtungen:** Neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

**Psychotherapeutische Praxen:** Darunter wird eine ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patientenkontakt verstanden. Neben Einzelpraxen zählen hierzu auch Gemeinschaftspraxen.

**Sonstige ambulante Einrichtungen:** Hierzu zählen eine Vielzahl von unterschiedlichen Einrichtungen wie z. B. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Leistungen von Dialysezentren werden hier ebenfalls verbucht. Außerdem sind Hospizdienste in dieser Position enthalten.

**Stationäre und teilstationäre Einrichtungen:** Darunter werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-) stationären Pflege subsumiert.

**Krankenhäuser:** Sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und sind darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Hochschulkliniken sind hier ebenfalls enthalten.

**Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen:** Sind Einrichtungen, die der (teil-)stationären Behandlung dienen, um durch Anwendung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie oder Sprachtherapie) und anderen geeigneten Hilfen eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder einer drohenden Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Zu den **Verwaltungseinrichtungen** zählen die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten, Unfall- und Pflegeversicherung sowie Einrichtungen der Organisationen der Leistungserbringer (z. B. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung, Ärzte- und Zahnärztekammern, Apothekerkammern, Berufsverbände).

**Sonstige Einrichtungen:** Darunter werden u. a. Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige, die Gesundheitsleistungen oder -güter anbieten (z. B. Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen), subsumiert.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_