

Psychotherapeutenkammer Hamburg | Hallerstraße 61 | 20146 Hamburg

An die
Psychotherapeutenkammer Hamburg
Hallerstraße 61
20146 Hamburg

Hallerstraße 61 | 20146 Hamburg
Tel. 040 226 226 060 | Fax 040 226 226 089
info@ptk-hh.de | www.ptk-hh.de

Vorstand:
Dipl.-Psych. Heike Peper
Dipl. Psych. Torsten Michels
Dipl.-Psych. Dr. Thomas Bonnekamp
Dipl.-Psych. Kerstin Sude
Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin

Rückantwort per Post

Anmeldung für approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP)

Für Ihre Anmeldung benötigen wir folgende Unterlagen von Ihnen:

- Den ausgefüllten unterschriebenen Meldebogen
- Eine amtlich beglaubigte Kopie Ihrer Approbationsurkunde
- Das Abschlusszeugnis der zuständigen Behörde über Ihre staatliche Prüfung
- Den Fachkundenachweis, aus dem hervorgeht, in welchem Therapieverfahren (Analytische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte oder Verhaltenstherapie) Sie Ihre vertiefte Ausbildung abgeschlossen haben.

Sie können Ihre Anmeldung auch persönlich zu den Öffnungszeiten der Kammer vornehmen. Gerne können Sie Ihre Approbationsurkunde auch in der Geschäftsstelle kostenfrei beglaubigen lassen. Unsere Öffnungszeiten sind Montag bis Donnerstag von 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr und Freitag von 09:00 Uhr bis 14:00 Uhr. **Wir bitten Sie um vorherige telefonische Anmeldung.**

Ein Versand der Unterlagen per Post ist natürlich auch möglich. Falls Sie uns ihr Original Approbationsurkunde zukommen lassen würden wir diese umgehend per Einschreiben an Sie wieder zurück senden.

Die **Meldepflicht** ist geregelt im § 3 Abs. 1 Nr. 4, Hamburgisches Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH).

- unter Meldepflicht verstehen sich alle Änderungen in Bezug auf Ihre Mitgliedschaft, wenn

- Sie im Zuständigkeitsbereich einer anderen Landeskammer eine nicht nur vorübergehende Berufstätigkeit beginnen.
- sich Änderungen der Berufsausübung ergeben (z. B. Arbeitgeberwechsel, Aufnahme einer Selbstständigkeit, Erhalt eines Kassensitzes).
- sich Ihr Name ändert.
- sich Kontaktdaten (z. B. Wohnsitz, E-Mail-Adresse) ändern.

Im Gegensatz dazu endet die Mitgliedschaft bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg, wenn

- Sie weder in Hamburg tätig sind noch dort Ihren Wohnsitz haben;
- Sie auf Ihre Approbation verzichten. Ihren Verzicht müssen Sie schriftlich gegenüber der zuständigen Approbationsbehörde erklären, nämlich in dem Bundesland, in dem Sie zuletzt psychotherapeutisch tätig waren.
- Ihre Approbation seitens der zuständigen Behörde zurückgenommen oder widerrufen wird.

Für Fragen steht Ihnen die Kammergeschäftsstelle gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß



Maria Hartmann

Meldebogen

für approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

1. Angaben zur Person:

Divers Weiblich Männlich

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort/ Staat: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

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

2. Anschrift / Privatanschrift:

Straße / Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich möchte den Kammer-/Fortbildungsnewsletter erhalten *(Die Datenschutzerklärung finden sie auf unserer Homepage).*

**Wenn sowohl eine selbständige Berufsausübung als auch ein angestelltes Beschäftigungsverhältnis vorliegt,
bitte nachfolgend alle Kontakt-Adressen angeben.**

Anschrift Praxis / Arbeitsstelle (1):

Beginn: _____

Bezeichnung Praxis /
Arbeitsstelle: _____

Straße /
Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mail: _____

Anschrift Praxis / Arbeitsstelle (2):

Beginn: _____

Bezeichnung Praxis /
Arbeitsstelle: _____

Straße /
Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mail: _____

Adressdaten an: **Therapieführer (Nur bei Niederlassung)**

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

3. Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufekammer

Nein Ja, in der _____

4. Angaben zur abgeschlossenen Berufsausbildung

Universität/Hoch-/Fachschule: _____ am: _____

Abschluss: _____ Fachrichtung: _____

Universität: _____ am: _____

Promotion/Habilitation/Titel: _____

5. Angaben zur Approbation

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

(Bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beifügen!)

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

Urkunde ausgestellt am: _____ von (Behörde Ort): _____

Vertiefungsverfahren: AP TP VT ST GPT (Bitte Zeugnis oder Fachkundenachweis beifügen!)

und / oder

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

(Bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beifügen!)

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

Urkunde ausgestellt am: _____ von (Behörde Ort): _____

Vertiefungsverfahren: AP TP VT ST GPT (Bitte Zeugnis oder Fachkundenachweis beifügen!)

6. Arztregistereintrag (falls vorhanden):

Arztregisternummer: _____ KV: _____ Datum: _____

7. Angaben zur KV-Zulassung

(Bitte Ihren Zulassungsbescheid und die dazugehörigen Nachweise in Kopie beifügen!)

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

Verfahren: AP TP VT GPT ST weitere Abrechnungsgenehmigung: Kinder Gruppen

keine KV-Zulassung

Zulassungsstelle (Bundesland): _____ Zulassungsdatum: _____

Lebenslange Arztnummer (LAN): _____ BSNR (Stempel-Nr.): _____

Der Mitteilung meines Fortbildungspunktestandes an die KV (Bitte ankreuzen): stimme ich zu stimme ich nicht zu

8. Angaben zur Berufshaftpflichtversicherung

Berufshaftpflicht bei: _____ Datum: _____

Versicherungsschein-Nr.: _____

und / oder In einem Beschäftigungsverhältnis bei: _____

Derzeit nicht psychotherapeutisch tätig: _____

(Bitte begründen und Nachweis beifügen!)

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 die obigen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort / Datum: _____ Eigenhändige Unterschrift: _____

09. 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):

Haupttätigkeit: selbständig angestellt oder beamtet selbständig und angestellt/beamtet

Sonstiges: Ruhestand arbeitslos Elternzeit sonstiger Grund: _____

weitere Tätigkeit: keine weitere Tätigkeit Gutachter Supervisor Gutachter und Supervisor

Sprachkenntnisse: Therapie kann in folgenden Sprachen erfolgen: englisch türkisch arabisch Weitere: _____

Gebärdensprache Therapie kann in Gebärdensprache erfolgen: ja nein

Dienststellenart

in der ambulanten Versorgung Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
- Ambulanz in Allgemeinspsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene
- Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
- Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
- Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus
- Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
- Sozialpädiatrisches Zentrum

in der stationären Versorgung Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Tagesklinik
- Allgemeinspsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
- Gerontopsychiatrische Abteilung
- Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
- Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus
- Somatisches Krankenhaus
- Psychosomatische Rehabilitationsklinik
- Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung
- Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
- Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
- Sonstige Klinik

Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Behindertenhilfe
- Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)

Beratungsstellen Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
- Schulpsychologischer Dienst
- Suchtberatung
- sonstige Beratungsstelle

Forensische Einrichtungen Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Maßregelvollzug Strafvollzug

andere Institutionen Umfang: Vollzeit Teilzeit geringfügig

- Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
- Verwaltung
- Industrie/Wirtschaft
- Gesundheitsschutz
- sonstige Einrichtung

Definition des Statistischen Bundesamtes

Die Einrichtungen des **Gesundheitsschutzes** umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene 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