

## Meldebogen für die Erfassung der Kammermitgliedschaft

Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben führt die PKSH Verzeichnisse der Kammermitglieder. Gemäß § 8 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit 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.<sup>1</sup> 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: .....

wohnhaf 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: .....

<sup>1</sup> Datenschutz- Informationen und Hinweise zu Ihren Rechten aufgrund der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter <https://pksh.de/hinweise-zum-datenschutz> und dort dann unter Ziffer 6.

**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](http://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: .....