

## Meldebogen

### für die Ersterfassung der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Bremen

(Nach § 5 des Bremischen Heilberufsgesetz sind alle Kammerangehörigen zu den nachfolgenden Angaben verpflichtet, soweit sie nicht als freiwillige gekennzeichnet sind)

#### A) Name der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten:

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Familienname ohne akademischen Grad, Rufname bitte unterstreichen)

Akademischer Grad / Titel: \_\_\_\_\_

#### B) Praxis- / Dienstanschrift

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Fon\*\* : \_\_\_\_\_

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

E-Mail\*\* : \_\_\_\_\_

#### C) Privatanschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Fon\*\* : \_\_\_\_\_

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

E-Mail\*\* : \_\_\_\_\_

Gewünschte Postanschrift:    0 Dienstanschrift                    0 Privatanschrift

#### D) Persönliche Angaben

0 Weiblich    0 Männlich    Geburtsdatum: \_\_\_\_\_    Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort/Staat \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Fremdsprachenkenntnisse\*\* : \_\_\_\_\_

**E) Angaben zur Berufsausbildung**

a) Hochschul-/Universitätsausbildung

Abschluß/Akademischer Grad \*: \_\_\_\_\_

Hochschule/Universität: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Promotion/Habilitation (Titel) \*: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Universität: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

b) Approbation zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin / Psychotherapeuten \*

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

von (Behörde): \_\_\_\_\_

c) Approbation zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten \*

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

von (Behörde): \_\_\_\_\_

**F) Angaben zur psychotherapeutischen Weiterbildung \* / \*\***

Psychotherapeutische Weiterbildungen (auch Nicht-Richtlinienverfahren) absolviert in:

a) Verfahren: \_\_\_\_\_

Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses : \_\_\_\_\_

b) Verfahren: \_\_\_\_\_

Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses : \_\_\_\_\_

c) Verfahren: \_\_\_\_\_

Weiterbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum des Abschlusses : \_\_\_\_\_

(Wenn Rubriken nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt beilegen)

**G) Nachweis von Fachkunden in Richtlinienverfahren durch Eintragung ins Arzt-/Psychotherapeutenregister bei der Kassenärztl. Vereinigung \*:**

Bei der KV habe ich folgende Fachkunden im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien nachgewiesen. (Nachweis über Bescheid des Zulassungsausschusses oder Bescheid über Abrechnungsgenehmigung oder Bescheid über Registereintrag):

KV-Name:: \_\_\_\_\_ Bescheid vom: \_\_\_\_\_

**0 Analytischer Psychotherapie**

0 Erwachsene    0 Kinder u. Jugendliche

**0 Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie**

0 Erwachsene    0 Kinder u. Jugendliche

**0 Verhaltenstherapie**

0 Erwachsene    0 Kinder u. Jugendliche

0 Gruppentherapie

0 Üübende und suggestive Techniken

**H) Niederlassungserlaubnis bei der Kassenärztlichen Vereinigung \***

0 Zulassung seit: \_\_\_\_\_ 0 Ermächtigung (zur Nachqualifikation) seit: \_\_\_\_\_  
KV-Nr.: \_\_\_\_\_

**J) Daten zur Berufsausübung**

a) Psychotherapeutische Tätigkeit

aa) Niedergelassen als Psychotherapeutin/Psychotherapeut tätig seit \_\_\_\_\_ in

0 Einzelpraxis

0 Gemeinschaftspraxis / Partner: \_\_\_\_\_

0 Praxisgemeinschaft / Partner: \_\_\_\_\_

0 Sonstige ambulante Tätigkeit:

Angestellt tätig bei: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

bb) Psychotherapeutisch tätig in Einrichtungen des Gesundheits-/ Sozial- u. Bildungswesens seit \_\_\_\_\_

0 angestellt 0 beamtet 0 sonstiges \_\_\_\_\_

0 Klinik: \_\_\_\_\_

0 Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

0 Sonstige therapeutische Einrichtung: \_\_\_\_\_

0 Bildungswesen: \_\_\_\_\_

0 Behörde /Öffentl.-rechtl. Körperschaft / Verband: \_\_\_\_\_

0 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die oben genannte Tätigkeit wird ausgeübt seit: \_\_\_\_\_

b) Keine psychotherapeutische Tätigkeit

0 in Pension/Ruhestand

0 arbeitslos/gemeldet beim Arbeitsamt: \_\_\_\_\_

0 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**K) Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung**

Hiermit erkläre ich gemäß § 4 Abs. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 2, Punkt 11 des bremischen Heilberufsgesetzes, dass ich in ausreichendem Maße für Haftpflichtansprüche aus meiner Berufstätigkeit versichert bin.

**O** Ich habe eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen. Die Deckungssumme beträgt für

- Personen- und Sachschäden \_\_\_\_\_ €

- Vermögensschäden \_\_\_\_\_ €

**O** Ich bin durch eine Betriebshaftpflichtversicherung abgesichert:

Betriebsstätte:

Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, daß ich alle Änderungen der gewünschten Angaben der Psychotherapeutenkammer Bremen binnen 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