

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.¹ 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:

¹ 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):**Approbation als**

- ☐ Psychologische/r Psychotherapeut*in gem. § 2 PsychThG a. F.

Urkunde ausgestellt am: in:

von (Behörde):

- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in gem. § 2 PsychThG a. F.

Urkunde ausgestellt am: in:

von (Behörde):

- ☐ Psychotherapeut*in gem. § 2 PsychThG

Urkunde ausgestellt am: in:

von (Behörde):

Bitte beglaubigte Kopie/n beifügen! (bei Approbation außerhalb Schleswig-Holsteins)

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):☐ Ich bitte um die Aufnahme meiner Basisdaten (Name, Praxisanschrift, Telefon, E-Mail) in den „Psychinfo“-Suchdienst durch die Geschäftsstelle der PKSH.

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: