



Psychotherapeutenkammer Hamburg | Weidestraße 122c | 22083 Hamburg
An die
Psychotherapeutenkammer Hamburg
Weidestr. 122c
22083 Hamburg

Weidestraße 122 C | 22083 Hamburg
Tel. 040 226 226 060 | Fax 040 226 226 089
info@ptk-hamburg.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 oder per Email mit Anhang

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

Wenn Sie in Hamburg tätig sind senden Sie uns bitte folgende Unterlagen zu:

- den ausgefüllten Meldebogen (siehe Anhang)
- Eine amtlich beglaubigte Kopie Ihrer Approbationsurkunde (**siehe Anmerkung unten**)
- das Abschlusszeugnis der zuständigen Behörde über Ihre staatliche Prüfung
- den Fachkundenachweis, aus dem hervorgeht, in welchem Therapieverfahren (Analytisch, Tiefenpsychologisch, Systemische Therapie oder Verhaltenstherapie) Sie Ihre vertiefte Ausbildung abgeschlossen haben.
- Arztregistereintrag falls vorhanden
- bei Kassenzulassung die Genehmigungen zur Abrechnung der einzelnen Leistungen
- wenn Sie einen Dr. Titel führen bitte den Nachweis mitbringen

Auf Grund der „Corona“-Einschränkungen, können Sie uns auch eine einfache Kopie / Scan Ihrer Approbationsurkunde zukommen lassen und uns die amtlich beglaubigte Kopie zu einem späteren Zeitpunkt nachreichen. Falls Sie uns ihre Original Approbationsurkunde zukommen lassen, würden wir diese umgehend per Einschreiben an Sie wieder zurück senden.

Sie können Ihre Approbationsurkunde auch in der Geschäftsstelle kostenfrei beglaubigen lassen. Nach telefonischer Voranmeldung können Sie einen Besuchstermin als Einzelperson vereinbaren. Zu diesem Termin besteht Maskenpflicht. Sie erreichen uns Montag bis Freitag telefonisch von 9:30 bis 11:00 Uhr unter Tel. 226 226 060. Senden Sie uns am besten eine Mail mit Ihrer Rückrufnummer unter info@ptk-hamburg.de

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 der Psychotherapeutenkammer Hamburg

1. Angaben zur Person:

Divers Männlich Weiblich

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/ Staat: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

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

2. Anschrift Meldeadresse (privat):

Straße /
Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

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

Ich möchte den PTK-HH-Newsletter erhalten *(Die Datenschutzerklärung finden sie auf unserer Homepage).*

Post bitte senden an: Meldeadresse 1. oder 2. Praxisanschrift/ Arbeitsstelle/ Dienstanschrift

PTJ (Psychotherapeutenjournal): postalisch erhalten online erhalten

derzeit nicht tätig *(bitte Nachweis beifügen)* arbeitslos Ruhestand Elternzeit / Mutterschutz

Anschrift Praxis / Arbeitsstelle / Dienststelle (1):

Beginn: _____

Bezeichnung Praxis / Arbeitsstelle: _____

Straße /
Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Dienststellenart* *(siehe beigefügte Übersicht S.5)* Bitte tragen Sie die zutreffende/n Kennziffer/n ein ____ / ____ / ____ /

Umfang der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> geringfügig	Sonstiges _____
Art der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet	_____
KV-Zulassung <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Punkt 7 ergänzen)		_____

Anschrift Praxis / Arbeitsstelle / Dienststelle (2):

Beginn: _____

Bezeichnung Praxis / Arbeitsstelle: _____

Straße /
Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Dienststellenart* *(siehe beigefügte Übersicht)* Bitte tragen Sie die zutreffende/n Kennziffer/n ein ____ / ____ / ____ /

Umfang der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> geringfügig	Sonstiges _____
Art der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet	_____
KV-Zulassung <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Punkt 7 ergänzen)		_____

3. Mitgliedschaft in einer anderen Psychotherapeutenkammer (andere Landeskammer / Ärztekammer)

- Ja: Name der Kammer _____
- Nein bisher bestand keine Mitgliedschaft in einer anderen Kammer.
- bisherige Mitgliedschaft beendet zum: _____. _____. _____
- Name der Kammer _____

4. Angaben zur abgeschlossenen Berufsausbildung (für Dr. Titel bitte Nachweis beifügen)

Hochschul- / Universitätsausbildung

Universität / Hochschule	Ort	Fachrichtung	Abschluss (Datum)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Akademische Titel

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. | <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd. | <input type="checkbox"/> Dipl.-Soz.Päd. | <input type="checkbox"/> Dipl.-Soz.Arb. |
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Sond.Päd. | <input type="checkbox"/> Dipl.-Heil.Päd. | <input type="checkbox"/> B. Sc. | <input type="checkbox"/> B.A. |
| <input type="checkbox"/> M.Sc. | <input type="checkbox"/> M.A. | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Promotion nein ja

Fachrichtung: _____ Ort: _____ Jahr: _____

Fachrichtung: _____ Ort: _____ Jahr: _____

Titel: Dr. phil. Dr. rer. nat. Dr. med. Dr. _____

Habilitation nein ja

Fachrichtung: _____ Ort: _____ Jahr: _____

Fachrichtung: _____ Ort: _____ Jahr: _____

Titel: Prof. PD

5. Angaben zur Approbation

(PP) Approbation als Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut

(bis 2032 Übergangsregelung / bis 2035 mit Härtefallantrag)

(Bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beifügen!)

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

Vertiefungsverfahren: (Bitte Kopie vom Zeugnis oder Fachkundenachweis beifügen!)

- AP- Analytische Psychotherapie TP- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- VT- Verhaltenstherapie GPT- Gesprächspsychotherapie ST- Systemische Therapie
- Sonstige:

und / oder

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

(bis 2032 Übergangsregelung / bis 2035 mit Härtefallantrag)

(Bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beifügen!)

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

Vertiefungsverfahren: (Bitte Kopie vom Zeugnis oder Fachkundenachweis beifügen!)

- AP- Analytische Psychotherapie TP- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- VT- Verhaltenstherapie GPT- Gesprächspsychotherapie ST- Systemische Therapie
- Sonstige:

6 Eintrag ins Arztregister und nachgewiesene Registerfachkunden bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Ich bin in das Arztregister eingetragen: nein ja (bitte Kopie des Arztregisterauszugs beifügen)

Bescheid vom: _____ Name der KV: _____

Eintragsnummer Arztregister: _____

7. Sozialrechtliche Zulassung durch KV (= Kassenzulassung) oder Ermächtigung

Erläuterung zum Begriff „Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“:

Die Kassenzulassung (genauer: „sozialrechtliche Zulassung“) bezeichnet in Deutschland die Berechtigung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen. Die Kassenzulassung erfolgt in Deutschland durch einen Verwaltungsakt der KV. Sie erfolgt auf Beschluss eines Zulassungsausschusses der KV und gilt nur für den Bezirk des Vertragsarztsitzes.

Erläuterung zum Begriff „Ermächtigung durch Kassenärztliche Vereinigung (KV)“:

Wer gesetzlich Krankenversicherte ambulant behandeln und Leistungen mit der KV abrechnen möchte, ohne dass er als Vertragsarzt tätig ist, braucht dafür eine Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Vom Zulassungsausschuss für Ärzte, PP und KJP können Ärzte, PP und KJP zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wenn bestimmte Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Eine solche Ermächtigung ist in der Regel auf drei Jahre befristet. Die Ermächtigung muss schriftlich beantragt werden und ist nur auf ambulante vertragsärztliche Leistungen beschränkt, die über die niedergelassenen Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden.

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

Zulassung nein ja seit: _____ (Datum)
 ganze KV-Zulassung als PP KJP
 halbe KV-Zulassung als PP KJP
 KV-Zulassung durch Arbeitgeber PP KJP

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

Ermächtigung nein ja seit: _____ bis: _____ (Datum)
als PP und / oder KJP

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

Name der KV: _____

Meine LANR (lebenslange Arztnummer, 9-stellig): _____

Meine BSNR (Betriebsstätten Nummer, 9-stellig): _____

Mitteilung meines Fortbildungspunktestandes an die KV: 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!)

9. Therapiesprache

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

Gebärdensprache: Therapie kann in Gebärdensprache erfolgen: ja nein

10. weitere Tätigkeiten

keine weitere Tätigkeit Gutachter Supervisor Gutachter und Supervisor Sonstiges _____

Ort / Datum: _____ Eigenhändige Unterschrift: _____

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.

Meldebogen Dienststellenart – Übersicht

in der ambulanten Versorgung

- 01 Einzelpraxis
- 02 Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft
- 03 Praxisgemeinschaft
- 04 Medizinisches Versorgungszentrum
- 05 Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
- 06 Ambulanz in Allgemeinspsychiatrischem Krankenhaus für Erwachsene
- 07 Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
- 08 Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
- 09 Ambulanz in Psychosomatischem/Psychotherapeutischem Krankenhaus
- 10 Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
- 11 Sozialpädiatrisches Zentrum

in der stationären Versorgung

- 31 Allgemeinspsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene
- 32 Gerontopsychiatrische Abteilung
- 33 Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus
- 34 Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus
- 35 Somatisches Krankenhaus
- 36 Psychosomatische Rehabilitationsklinik
- 37 Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung
- 38 Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
- 39 Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
- 40 Sonstige Klinik

Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung

- 51 Behindertenhilfe
- 52 Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)

Beratungsstellen

- 61 Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
- 62 Schulpsychologischer Dienst
- 63 Suchtberatung
- 64 sonstige Beratungsstelle

Forensische Einrichtungen

- 71 Maßregelvollzug
- 72 Strafvollzug

andere Institutionen

- 91 Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
- 92 Verwaltung
- 93 Industrie/Wirtschaft
- 94 Gesundheitsschutz
- 99 sonstige Einrichtung