

## Änderungsmitteilung für Weiterbildungsbeauftragte und Weiterbildungsstätten

im Rahmen der WBO PT der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Bitte per Fax an 040 226 226 089 oder per Post senden an:

Psychotherapeutenkammer Hamburg  
Weidestr. 122c  
22083 Hamburg

Weiterbildungsbeauftragte und -stätten sind gemäß § 13 Abs. 7 WBO PT dazu verpflichtet, sämtliche Veränderungen, die die Weiterbildung betreffen, unverzüglich der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu melden. Bitte verwenden Sie dazu dieses Änderungsformular.

Generelle Angaben für die Zuordnung
Mitgliedsnummer:
Name, Vorname, Titel:
Telefon:
E-Mail:
Weiterbildungsstätte:

Welche Bereichs- oder Gebietsweiterbildung betrifft die Veränderung?	
Gebiet	Bereich
<input type="checkbox"/> Psychotherapie für Erwachsene	<input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
<input type="checkbox"/> Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche	<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Sozialmedizin
	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie
	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie
	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie

**Ich melde folgende wesentliche Änderungen:**

<b>1. Adressänderung der Weiterbildungsstätte</b>	Name der Stätte:	
	Neue Postanschrift:	
	E-Mail:	
	(ggf. neue) Telefonnummer:	
<b>2. Beendigung / Veränderung einer Kooperation</b>	Benennen Sie an dieser Stelle die wegfallenden Kooperationen oder Veränderungen und ob und wenn ja, welche Weiterbildungsabschnitte dadurch nicht mehr gewährleistet werden.	
<b>3. Veränderungen der Strukturen innerhalb der eigenen Stätte, aufgrund die in der WBO PT gestellten zeitlichen, strukturellen und materiellen Anforderungen nicht mehr erfüllt werden können</b>	Benennen Sie hier die sich ändernden Komponenten, die einer Erfüllung entgegenstehen (z. B. Wegfall hinzugezogener Supervisor*innen, Dozent*innen, notwendiger Räumlichkeiten, Fehlen geeigneter Patient*innen).	

<b>4. Relevante Änderungen oder Beendigung der Tätigkeit von Weiterbildungsbefugten an der Stätte</b>	Weiterbildungsbefugte* <sup>r</sup> :	
	Art der Änderung der Tätigkeit:	
	<input type="checkbox"/>	Längerfristiger Ausfall (z. B. krankheitsbedingt) vom: _____ bis: _____ Vertretung durch:
	<input type="checkbox"/>	Reduktion der Arbeitszeit des/der Befugten zum (Datum) auf _____ Stunden
	<input type="checkbox"/>	Arbeitsplatzwechsel zum (Datum)
	<input type="checkbox"/>	Renteneintritt zum (Datum)
	<input type="checkbox"/>	Beendigung der Tätigkeit als Befugte* <sup>r</sup> ohne sonstigen Arbeitsplatz-/Tätigkeitswechsel zum (Datum)
<input type="checkbox"/>	Sonstige Änderung zum (Datum) Nähere Angaben:	
<b>5. Sonstige relevante Änderungen</b>		
<b>Ort, Datum</b>	Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift der berechtigten Vertretung der Einrichtung	