

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) a) Praxis / Arbeitsstelle (1)

Dienststelle: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Fon**:

Fax**:

E-Mail**:

b) Praxis / Arbeitsstelle (2)

Dienststelle: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Fon**:

Fax**:

E-Mail**:

C) Privatanschrift

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Fon**:

Fax**:

E-Mail**:

Gewünschte Postanschrift: Praxis /Arbeitsstelle 1 Praxis /Arbeitsstelle 2 Privatanschrift

E-Mail-Anschrift für Korrespondenz / Kammermitteilungen _____

D) Persönliche Angaben

0 Weiblich 0 Männlich 0 Divers Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort/Staat _____

Staatsangehörigkeit: _____

E) Mitgliedschaft in einer anderen Heilberufekammer

Waren oder sind Sie Mitglied in einer anderen Kammer:

0 nein 0 ja , in der _____

_____ seit dem _____ vom _____ bis _____

F) Angaben zur Berufsausbildung und Approbation

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): _____

G) 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 : _____

H) 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 Verhaltenstherapie

0 Erwachsene 0 Kinder u. Jugendliche

0 Erwachsene 0 Kinder u. Jugendliche

0 Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 0 Gruppentherapie

0 Erwachsene 0 Kinder u. Jugendliche

0 Übende und suggestive Techniken

I) Niederlassungserlaubnis bei der Kassenärztlichen Vereinigung *

0 voller Versorgungsauftrag 0 hälftiger Versorgungsauftrag seit _____

0 Ermächtigung seit _____ bis _____

J) Angaben zur Berufsausübung

a) **Art der Tätigkeit:**

0 selbständig

0 angestellt

0 beamtet

0 keine Tätigkeit

aa) **Art der selbständigen Tätigkeit**

0 Einzelpraxis

0 Medizinisches Versorgungszentrum

0 Praxisgemeinschaft mit _____

0 Berufsausübungsgemeinschaft /Gemeinschaftspraxis mit _____

0 Partnerschaftsgesellschaft

0 GmbH

0 Jobsharing mit: _____

0 Sonstige ambulante Tätigkeit:: _____

bb) **Art der nichtselbständigen Tätigkeit** (bitte geben Sie die Ziffer der Dienststellenart gem. beigefügter Liste an).

0 Ambulante Versorgung: Ziff: _____ 0 Forensische Einrichtung: Ziff: _____

0 Stationäre Versorgung: Krankenhaus / Klinik / Abteilung: Ziff: _____

0 Einrichtung nach Sozialgestzbuch: Ziff: _____

0 Beratungsstelle: Ziff: _____

cc) **Umfang der Beschäftigung**

0 Vollzeit

0 Teilzeit

0 geringfügig (< 10 Wochenstunden)

dd) **Beginn der Beschäftigung (genaues Datum) :**.....

ee) **Keine berufliche Tätigkeit**

0 Elternzeit seit / von: _____ bis _____

0 arbeitslos gemeldet beim Arbeitsamt: seit / von: _____ bis _____

0 Ruhestand seit: _____ 0 Sonstiges: _____

ff) **Weitere Tätigkeiten**

0 Supervisor 0 Gutachter 0 Sonstiges: _____

K) Behandlungsschwerpunkte **

Im Rahmen meiner ambulanten niedergelassenen psychotherapeutischen Tätigkeit kann ich folgende Patientengruppen regelhaft versorgen und erkläre mich mit der Weitergabe meiner Praxisdaten [entsprechend B) a) Seite 1, Praxis / Arbeitsstelle 1] auf Behandlerlisten für die speziellen Patientengruppen einverstanden, Mehrfachnennungen sind möglich:

- 0 Lebensbedrohlich Erkrankte, z.B. im Onkologischen Bereich;
- 0 Akut / komplex traumatisierte Menschen;
- 0 Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline - Typus
- 0 Menschen mit Schmerzsyndromen
- 0 Menschen mit Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis
- 0 Menschen mit geistiger Behinderung
- 0 Gewalt- und Sexualstraftäter (Pädophile 0 Ja -- 0 Nein)
- 0 Menschen mit Sexualstörungen
- 0 Abhängigkeitserkrankte, besonders bei illegalen Drogen
- 0 Spielsüchtige Menschen
- 0 Essgestörte Menschen (Adipositas 0 Ja -- 0 Nein)
- 0 Menschen mit Fluchthintergrund
- 0 Geschlechtsdysphorie
- 0 Menschen mit Asperger Syndrom
- 0 Psychotherapie mit älteren Menschen
- 0 Rund um die Geburt
- 0 Somatische Erkrankungen

L) Fremdsprachenkenntnisse **

Die Behandlung kann in folgenden Sprachen erfolgen:

.....
.....

Ich beherrsche die Gebärdensprache o ja o nein

M) 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. Den Nachweis füge ich bei.

0 Ich habe eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen bei der:

_____ *Name der Versicherung*

Die Deckungssumme beträgt für

- Personen- und Sachschäden _____ €

- Vermögensschäden _____ €

0 Ich bin durch eine Betriebshaftpflichtversicherung abgesichert:

Betriebsstätte:

Institution: _____

Anschrift: _____

N) Elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA)

0 Ich besitze bereits einen ePtA. Dieser wurde über folgende Kammer bestellt:

.....

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen in Bezug auf die hier gemachten Angaben der Psychotherapeutenkammer Bremen gemäß Brem. HeilBerG § 5 binnen eines Monats zu melden habe. Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

_____ Ort

_____ Datum

_____ Eigenhändige Unterschrift

Übersicht Dienststellenart (Angaben für das statistische Bundesamt)

in der ambulanten Versorgung

- | | |
|----|--|
| 01 | Einzelpraxis |
| 02 | Gemeinschaftspraxis |
| 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 |