

Änderungsmeldung

Bitte per Post senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz

Eingangsstempel:

Ihre Daten werden auf gesetzlicher Grundlage erhoben. Jedes Kammermitglied ist gemäß §1b Abs. 1 HeilBG und MeldeO LPK RLP zur Angabe seiner Daten verpflichtet. Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet.

Erforderliche Unterlagen, die mit dem Änderungsmeldebogen einzureichen sind	
1.	Bei einer Namensänderung: einfache Kopie der Heiratsurkunde bzw. Dokument zur Namensänderung
2.	Annahme oder Abgabe einer Staatsangehörigkeit: einfache Kopie des Staatsangehörigkeitsausweises (oder gleichwertiges Dokument) bzw. der Negativbescheinigung (oder gleichwertiges Dokument)
3.	Falls Sie einen weiteren Hochschul- bzw. Universitätsabschluss erworben haben: einfache Kopie der Urkunde
4.	ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Promotionsurkunde
5.	ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Habilitation bzw. Berufung zum/ zur Professor*in
6.	Bei einer zusätzlichen Approbation: amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde sowie des Zeugnisses zur Approbation
7.	Bei einer neuen Zulassung der KV oder bei Änderungen zu dieser: aktuelle Kopie des kompletten Arztregisterauszugs der KV RLP
8.	ggf. Bestätigung der Elternzeit des Arbeitgebers oder des Amtes in einfacher Kopie
9.	ggf. Arbeitslosenbescheinigung in einfacher Kopie
10.	ggf. Rentenausweis oder Bestätigung der Deutschen Rentenversicherung zum Rentenbeginn in einfacher Kopie
11.	Erwerb der Zusatzqualifikation „Gruppentherapie“ oder „EMDR“: Bitte entsprechende Nachweise einreichen! Bitte beachten Sie, dass es hier um die sozialrechtliche Zulassung geht und damit nur Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigung akzeptiert werden können!

Gerne können Sie den kostenlosen Service der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) für die amtlichen Beglaubigungen auf der Geschäftsstelle der Kammer in Anspruch nehmen. Vereinbaren Sie dazu einen Termin während der Sprechzeiten der Mitgliederverwaltung. Die aktuellen Sprechzeiten finden Sie auf der Homepage der Kammer: www.lpk-rlp.de.

Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus bzw. kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Angaben an.

Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichend sein, bitte separates Blatt verwenden.

Bitte beachten Sie auch die farblich markierten Hinweise!

Generelle Angaben für die Zuordnung	
Mitgliedsnummer (5-stellig):	
Name, Vorname:	

Änderung der persönlichen Daten	
Neuer Nachname:	
Neuer Rufname:	Weitere neue Vornamen:
Neues Geschlecht (m/w/d):	Staatsangehörigkeit(en):

Änderung der Privatanschrift	
Die Korrespondenz der LPK RLP erfolgt an die Privatadresse (Meldeadresse) und/oder über die hier angegebene E-Mail!	
Meine neue Privatanschrift ist gültig ab dem	und lautet:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	

Änderung des Titels	
Neuer akademischer Titel:	
<input type="checkbox"/> Dipl.-Psych. <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd. <input type="checkbox"/> M.Sc. <input type="checkbox"/> M.A. <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Neue Promotion:	
<input type="checkbox"/> Dr. rer. nat. <input type="checkbox"/> Dr. phil. <input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Neue Habilitation:	
<input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> sonstige: _____	

Änderungen zur staatlichen Berufszulassung	
Zusätzliche Approbation als:	<input type="checkbox"/> PP und/oder <input type="checkbox"/> KJP
Befristete Erlaubnis zur Berufsausübung als:	<input type="checkbox"/> PP und/oder <input type="checkbox"/> KJP gem. § 4 PsychThG
Erlaubnis ausgestellt am:	von (Behörde):
Geltungsdauer:	Umfang:

Beendigung der Berufsausübung / keine aktuelle berufliche Tätigkeit	
Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!	
<input type="checkbox"/> Elternzeit	seit/von: _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	seit/von: _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> Ruhestand	seit: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund:	_____
	seit/von: _____ bis: _____

Änderungen zur sozialrechtlichen Zulassung	
Neue Ermächtigung als:	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP seit/von: _____ bis: _____
Neue Sonderbedarfszulassung:	
seit/von: _____ bis: _____	
für: _____	
Neue Zusatzqualifikationen:	
<input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie	<input type="checkbox"/> EMDR

Änderung der Angaben zur Dienstanschrift	#1
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem	(Tätigkeitsbeginn)
Es handelt sich um eine (mehrfach Nennungen sind möglich!)	
<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Anstellungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Ehrenamt
<input type="checkbox"/> Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung RLP	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
<input type="checkbox"/> Tätigkeit auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Sicherstellungs-/Entlastungsassistenz
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Referent*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Berater*in, Coach
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	
Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!	
Umfang der Tätigkeit:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
<input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:	
Bei der Angabe „JA“:	
Sind die Räumlichkeiten barrierefrei zu erreichen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An diesem Standort behandelte Patientengruppe:	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendliche
Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11:	_____
Es handelt sich um eine leitende Anstellung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es handelt sich um eine verbeamtete Anstellung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Änderung der Angaben zur Dienstanschrift	#2
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem	(Tätigkeitsbeginn)
Es handelt sich um eine (mehrfach Nennungen sind möglich!)	
<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Anstellungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Ehrenamt
<input type="checkbox"/> Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung RLP	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
<input type="checkbox"/> Tätigkeit auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Sicherstellungs-/Entlastungsassistent
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Referent*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Berater*in, Coach
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	
Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!	
Umfang der Tätigkeit:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
<input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:	
Bei der Angabe „JA“:	
Sind die Räumlichkeiten barrierefrei zu erreichen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An diesem Standort behandelte Patientengruppe:	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendliche
Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11:	_____
Es handelt sich um eine leitende Anstellung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es handelt sich um eine verbeamtete Anstellung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Angaben zur Dienstanschrift im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer	
Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem	(Tätigkeitsbeginn)
<input type="checkbox"/> Dadurch entsteht eine zusätzliche Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer <div style="margin-left: 40px;">Name der Kammer: _____ seit: _____</div>	
<u>oder</u> <input type="checkbox"/> Die bereits bestehende Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer bleibt bestehen <div style="margin-left: 40px;">Name der Kammer: _____ seit: _____</div>	
Es handelt sich um eine	
<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Anstellungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Tätigkeit im Ehrenamt
<input type="checkbox"/> Praxis mit Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
<input type="checkbox"/> Tätigkeit auf Honorarbasis	<input type="checkbox"/> Sicherstellungs-/Entlastungsassistenz
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Referent*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Berater*in, Coach
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Supervisor*in	<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Gutachter*in
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	
Umfang der Tätigkeit:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
<input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)	
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11: _____	
Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:	
StraÙe, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

Enden von bisher ausgeübten Tätigkeiten	
Angaben zum Ende der Tätigkeit:	
als	<input type="checkbox"/> Supervisor*in <input type="checkbox"/> Gutachter*in <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
oder	Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____
	Adresse: _____

	Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____
Angaben zum Ende der Tätigkeit:	
als	<input type="checkbox"/> Supervisor*in <input type="checkbox"/> Gutachter*in <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
oder	Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____
	Adresse: _____

	Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____
Angaben zum Ende der Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer:	
als	<input type="checkbox"/> Supervisor*in <input type="checkbox"/> Gutachter*in <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
oder	Name Praxis/Arbeitgeber*in: _____
	Adresse: _____

	Ende der Tätigkeit (genaues Datum): _____
	Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer bis: _____
	Name der Kammer: _____

11. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats	
<p>Ich ermächtige die LPK RLP, den Kammerbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LPK RLP auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000531514
Angaben zum/zur Kontoinhaber*in (falls abweichend vom/von Antragsteller*in):	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
Angaben zur Bankverbindung:	
Kreditinstitut:	
BIC: _____ ____	IBAN: DE __ ____ ____ ____ ____ ____
Ort, Datum:	Unterschrift:

Abschluss-Erklärung	
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben unverzüglich, spätestens jedoch einen Monat nach deren Eintreten, schriftlich der LPK RLP mitzuteilen habe. (§ 5 MeldeO LPK RLP)</p> <p><input type="checkbox"/> Mir ist ebenso bekannt, dass eine Zuwiderhandlung hiergegen eine Ordnungswidrigkeit nach § 8 der MeldeO der LPK RLP darstellt, die eine Verhängung eines Ordnungsgeldes und/oder einer Rüge nach sich ziehen kann.</p> <p><u>Hinweis:</u> Das Formular zur Mitteilung von Änderungen steht auf der Homepage der LPK RLP unter www.lpk-rlp.de zum Download bereit. Es kann auch in der Geschäftsstelle angefordert werden</p> <p>Mit meiner Unterschrift erkläre ich zudem mein Einverständnis, dass die LPK RLP bis auf schriftlichen Widerruf meinen Namen und meine Dienstanschrift(en) sowie die oben gemachten Angaben in ihre Datenbank aufnimmt und im Rahmen der Psychotherapeut*innen-Suche der LPK RLP auf ihrer Homepage www.lpk-rlp.de veröffentlicht. (Im Falle einer freiwilligen Mitgliedschaft ist dieser Passus hinfällig.)</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

Dienststellenart – Übersicht

Ambulante Versorgung	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxismgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeipsychiatrischem 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
Stationäre Versorgung	
31	Allgemeipsychiatrisches 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 Institution