

## 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.

<b>Erforderliche Unterlagen, die mit dem Änderungsmeldebogen einzureichen sind</b>	
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](http://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!

<b>Generelle Angaben für die Zuordnung</b>	
Mitgliedsnummer (5-stellig):	
Name, Vorname:	

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

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

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

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

<b>Beendigung der Berufsausübung / keine aktuelle berufliche Tätigkeit</b>	
<b>Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!</b>	
<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: _____

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

<b>Änderung der Angaben zur Dienstanschrift</b>	<b>#1</b>
<b>Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem</b>	<b>(Tätigkeitsbeginn)</b>
<b>Es handelt sich um eine</b> (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)	
<b>Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor:</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!</b>	
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
<input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)	
<b>Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:</b>	
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
<b>Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!</b>	
<b>Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit</b>	
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
<b>Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:</b>	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

<b>Änderung der Angaben zur Dienstanschrift</b>	<b>#2</b>
<b>Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem</b>	<b>(Tätigkeitsbeginn)</b>
<b>Es handelt sich um eine</b> (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)	
<b>Es liegt eine Berufshaftpflichtversicherung vor:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bei einer angestellten Tätigkeit ist man in der Regel über den Arbeitgeber versichert – im Zweifel bitte dort nachfragen!</b>	
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)
<b>Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Bei der Angabe „JA“:</u>	
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
<b>Bitte beachten Sie die zusätzlich erforderlichen Angaben auf Seite 7 unter Punkt „Allgemeine Angaben für die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP“!</b>	
<b>Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit</b>	
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
<b>Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:</b>	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

<b>Angaben zur Dienstanschrift im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer</b>	
<b>Meine neue Dienstanschrift bzw. die Änderung ist gültig ab dem</b>	<b>(Tätigkeitsbeginn)</b>
<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>	
<b>Es handelt sich um eine</b>	
<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)	
<b>Umfang der Tätigkeit:</b>	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
<input type="checkbox"/> geringfügig (< 10 Std./Woche)	
<b>Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit</b>	
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 11: _____	
<b>Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:</b>	
StraÙe, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):	
Mobil:	
E-Mail:	
Homepage:	

### Änderung der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik

**Bitte durch ankreuzen bestätigen!**

Im Zusammenhang mit der Antragstellung und Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) sind wir gesetzlich verpflichtet, die primäre berufliche Adresse an den Verzeichnisdienst (VZD) der Gematik zu übermitteln.

Folgende berufliche Adresse ist die primäre berufliche Adresse und soll im Verzeichnisdienst der Gematik erscheinen:

- 1                       2                       keine Änderung

### Änderung für die Psychotherapeut\*innen-Suche auf der Homepage der LPK RLP

Die Psychotherapeut\*innen-Suche ermöglicht es ratsuchenden Patient\*innen, Kontaktdaten von geeigneten Psychotherapeut\*innen sowie Informationen zu deren Arbeitsschwerpunkten zu recherchieren.

Wenn Sie in die Datenbank der Psychotherapeut\*innen-Suche aufgenommen werden möchten, geben Sie uns bitte – zusätzlich zu den im Bereich der Dienstanschriften gemachten Angaben - noch folgende Informationen, die Sie mit Ihrer Unterschrift in der Rubrik „Abschluss-Erklärung“ zur Veröffentlichung freigeben.

**Bitte beachten: Die hier gemachten Angaben ersetzen die vorherigen!**

**Art der Sitzungen:**                                       Einzeltherapie                       Gruppentherapie

**Sprachen, in denen Therapie angeboten wird**                       Gebärdensprache  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Von einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzbezeichnungen:**

**Sollten Sie eine dieser Anerkennungen bei einer anderen Psychotherapeutenkammer als der LPK RLP erworben haben, fügen Sie bitte eine Kopie der Urkunde bei.**

- Psychodiabetologie                                       Neuropsychologische Psychotherapie  
 Spezielle Schmerztherapie                                       Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie

**Von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzqualifikation:**

- EMDR

**Bitte beachten Sie, dass nur diese beiden Nachweisarten in der Psychotherapeut\*innen-Suche für EMDR berücksichtigt werden können. Den Antrag der LPK RLP finden Sie auf unserer Homepage unter: „Psychotherapeut\*innen/ EMDR und Gruppenpsychotherapie /Zusatzqualifikation EMDR“.**

<b>Enden von bisher ausgeübten Tätigkeiten</b>	
<b>Angaben zum Ende der Tätigkeit:</b>	
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): _____
<b>Angaben zum Ende der Tätigkeit:</b>	
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): _____
<b>Angaben zum Ende der Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich einer anderen Psychotherapeutenkammer:</b>	
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: _____



<b>11. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats</b>	
<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
<b>Angaben zum/zur Kontoinhaber*in (falls abweichend vom/von Antragsteller*in):</b>	
Vorname:	Name:
Anschrift:	
<b>Angaben zur Bankverbindung:</b>	
Kreditinstitut:	
BIC: _____   ____	IBAN: DE __   ____   ____   ____   ____   ____
Ort, Datum:	Unterschrift:

<b>Abschluss-Erklärung</b>	
<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 <a href="http://www.lpk-rlp.de">www.lpk-rlp.de</a> 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 <a href="http://www.lpk-rlp.de">www.lpk-rlp.de</a> veröffentlicht. (Im Falle einer freiwilligen Mitgliedschaft ist dieser Passus hinfällig.)</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

## Dienststellenart – Übersicht

<b>Ambulante Versorgung</b>	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxisgemeinschaft
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
<b>Stationäre Versorgung</b>	
31	Allgemeinpsychiatrisches 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
<b>Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung</b>	
51	Behindertenhilfe
52	Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
<b>Beratungsstellen</b>	
61	Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung
62	Schulpsychologischer Dienst
63	Suchtberatung
64	Sonstige Beratungsstelle
<b>Forensische Einrichtungen</b>	
71	Maßregelvollzug
72	Strafvollzug
<b>Andere Institutionen</b>	
91	Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)
92	Verwaltung
93	Industrie / Wirtschaft
94	Gesundheitsschutz
99	Sonstige Institution