

Meldebogen

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 Meldebogen einzureichen sind	
1.	amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde
2.	amtlich beglaubigte Kopie des Zeugnisses zur Approbation
3.	ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Promotionsurkunde
4.	ggf. amtlich beglaubigte Kopie der Habilitation bzw. Berufung zum/ zur Professor*in
5.	Kopie des Hochschul- bzw. Universitätsabschlusses in einfacher Form
6.	Kopie des Arztregisterauszugs der Kassenärztlichen Vereinigung in einfacher Form (im Falle einer vorhandenen KV-Zulassung zwingend erforderlich; ansonsten nur wenn vorhanden)

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.

Zur Beantragung einer freiwilligen Mitgliedschaft benötigen wir von Ihnen nur die Angabe Ihrer persönlichen Daten, Ihre Privatanschrift, eine amtlich beglaubigte Kopie Ihrer Approbationsurkunde und Ihre Angaben bzw. Unterschrift bei den folgenden Rubriken:

- Versand Newsletter der LPK RLP
- Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in anderen Heilberufskammern
- SEPA-Lastschriftmandat (wenn gewünscht)
- Abschluss-Erklärung

Wir möchten Sie an dieser Stelle bereits darauf hinweisen, dass die Kündigungsfrist für die freiwillige Mitgliedschaft 3 Monate zum Jahresende beträgt.

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.

Anders bei den Dienstanschriften: hier schicken Sie uns bitte nur die ausgefüllten Seiten zurück.

Bitte beachten Sie auch die farblich markierten Hinweise!

Die Seiten 13 bis 15 (Information zum Datenschutz für Kammermitglieder) sind für Ihre Unterlagen bestimmt!

Persönliche Daten	
Nachname:	
Rufname:	Weitere Vornamen:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsstaat:
Geschlecht (m/w/d):	Staatsangehörigkeit(en):

Privatanschrift
Die Korrespondenz der LPK RLP erfolgt an die Privatadresse (Meldeadresse) und/oder über die hier angegebene E-Mail!
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Versand Newsletter der LPK RLP
Bitte durch ankreuzen bestätigen!
<p>Als Service für unsere Mitglieder versenden wir ca. 6-8mal im Jahr einen Newsletter per E-Mail, der über Aktivitäten der Kammer und weitere relevante Themen rund um die Psychotherapie informiert.</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte Informationen per Newsletter erhalten. <input type="checkbox"/> Nein, ich benötige den Newsletter nicht. </p> <p>Hinweis: Der Newsletter kann jederzeit über die Homepage der LPK RLP unter dem Link www.lpk-rlp.de/news/newsletter.html abonniert oder auch abgemeldet werden.</p>

Angaben zur Dienstanschrift	#1
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)	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein	
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 12:	_____
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	#2
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)	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein	
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 12:	_____
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	#3
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)	
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):	
Aufnahme in die Psychotherapeutensuche auf der Homepage der LPK RLP:	
<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
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 12:	_____
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			
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)
Beginn der Tätigkeit (genaues Datum):			
Weitere Angaben zur angestellten Tätigkeit			
Ziffer der Dienststellenart gemäß Auflistung auf Seite 12: _____			
Name Arbeitgeber*in (ggf. mit Dienststelle) oder Praxisname:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Telefon (möglichst persönliche Durchwahl):			
Mobil:			
E-Mail:			
Homepage:			

Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in anderen Heilberufskammern
<input type="checkbox"/> Es besteht zusätzlich eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer Name der Kammer: _____ seit: _____
<input type="checkbox"/> Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Heilberufskammer Name der Kammer: _____ bis: _____

Angabe der primären beruflichen Adresse für den Verzeichnisdienst der Gematik Bitte durch ankreuzen bestätigen!
<p>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.</p> <p>Folgende berufliche Adresse ist die primäre berufliche Adresse und soll im Verzeichnisdienst der Gematik erscheinen:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 </p>

Allgemeine Angaben für die Psychotherapeut*innen-Suche auf der Homepage der LPK RLP
<p>Die Psychotherapeut*innen-Suche ermöglicht es ratsuchenden Patient*innen, Kontaktdaten von geeigneten Psychotherapeut*innen sowie Informationen zu deren Arbeitsschwerpunkten zu recherchieren.</p> <p>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:</p> <p>Art der Sitzungen: <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie</p> <p>Sprachen, in denen Therapie angeboten wird <input type="checkbox"/> Gebärdensprache</p> <p style="margin-left: 350px;"><input type="checkbox"/> sonstige: _____</p> <p>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.</p> <p> <input type="checkbox"/> Psychodiabetologie <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerztherapie <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Rechtspsychologie </p> <p>Von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Psychotherapeutenkammer anerkannte Zusatzqualifikation:</p> <p><input type="checkbox"/> EMDR</p> <p>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“.</p>

Angaben zur Berufsausübung

Keine berufliche Tätigkeit:
Bitte geben Sie das genaue Datum an und fügen Sie die entsprechenden Belege bei!

Elternzeit seit/von: _____ bis: _____

arbeitslos gemeldet seit/von: _____ bis: _____

Ruhestand seit: _____

Sonstiger Grund: _____
seit/von: _____ bis: _____

Letzte berufliche Tätigkeit(en)*:
Bitte nutzen Sie ein separates Blatt oder die Rückseite, sollte der hier zur Verfügung gestellte Platz nicht ausreichen!

nichtzutreffend

freiberuflich / selbständig

als: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

als: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

angestellt bei

Name der/des Arbeitgebers*in: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

Name der/des Arbeitgebers*in: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

auf Honorarbasis

als: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

als: _____

Ort: _____ von: _____ bis: _____

SEPA-Lastschriftmandat	
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.	
<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.	
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:

Angaben zu anerkannten Gebietsweiterbildungen
<input type="checkbox"/> Ich befinde mich momentan in einer der folgenden Gebietsweiterbildungen: <div style="margin-left: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Kinder und Jugendliche </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Erwachsene </div> </div>
<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">In diesem Fall ist die Aufnahme in das Weiterbildungsregister der LPK RLP verpflichtend - bitte Antrag beifügen!</p> <p style="color: green; font-weight: bold; margin: 0;">Diesen finden Sie unter www.lpk-rlp.de/mitglieder-service/formulare/weiterbildung.html</p>
<input type="checkbox"/> Ich habe eine (oder mehrere) Gebietsweiterbildungen abgeschlossen: <div style="margin-left: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Kinder und Jugendliche </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Psychotherapie für Erwachsene </div> </div>
<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Bitte Nachweis in Kopie beifügen!</p>

Angaben zu anerkannten Bereichsweiterbildungen

- Ich befinde mich momentan in Weiterbildung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizin | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie | |

In diesem Fall ist die Aufnahme in das Weiterbildungsregister der LPK RLP verpflichtend - bitte Antrag beifügen!
Diesen finden Sie unter www.lpk-rlp.de/mitgliederservice/weiterbildung/weiterbildungsregister.html

- Ich führe eine (oder mehrere) von einer Psychotherapeutenkammer vergebene Zusatzbezeichnung in einem der folgenden neun Weiterbildungsbereiche:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizin | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Gutachterliche Tätigkeit im Bereich Rechtspsychologie | |

Bitte Nachweis in Kopie beifügen!

Angaben zu Anerkennungen als Weiterbildungsbefugte*r / Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in

- Ich bin von einer Psychotherapeutenkammer anerkannte*r Weiterbildungsbefugte*r in folgendem Weiterbildungsbereich oder -gebiet:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen, wenn diese der LPK RLP noch nicht vorliegt!

- Ich bin von einer Psychotherapeutenkammer anerkannt als Supervisor* in **der Weiterbildung** für:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen, wenn diese der LPK RLP noch nicht vorliegt!

- Ich bin von einer Psychotherapeutenkammer anerkannt als Selbsterfahrungsleiter*in **der Weiterbildung** für:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen, wenn diese der LPK RLP noch nicht vorliegt!

- Ich bin von einer Psychotherapeutenkammer anerkannt als Supervisor*in **in der Fortbildung**. Die Anerkennung erfolgte durch:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen, wenn diese der LPK RLP noch nicht vorliegt!

- Ich bin von einer Kammer anerkannt als Selbsterfahrungsleiter*in **in der Fortbildung**. Die Anerkennung erfolgte durch:

Bitte Nachweis in Kopie beifügen, wenn diese der LPK RLP noch nicht vorliegt!

Abschluss-Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

- 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. (§ 3 MeldeO LPK RLP)
- Mir ist ebenso bekannt, dass eine Zuwiderhandlung hiergegen eine Ordnungswidrigkeit nach § 5 der MeldeO der LPK RLP darstellt, die eine Verhängung eines Ordnungsgeldes und/oder einer Rüge nach sich ziehen kann.

Hinweis: 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

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.)

Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen zum Datenschutz für Mitglieder der LPK RLP erhalten (Seite 13-15 dieses Meldebogens) und diese zur Kenntnis genommen habe. Ich bin damit über die Erhebung der Daten und den Verarbeitungszweck informiert. Ebenso habe ich Kenntnis über meine freiwilligen Angaben, sowie die Möglichkeit des Widerrufs dieser Angaben für die Zukunft. Vor dem Hintergrund dieser Informationen stimme ich der Erhebung meiner Daten zu.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Dienststellenart – Übersicht

Ambulante Versorgung	
01	Einzelpraxis
02	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)
03	Praxisgemeinschaft
04	Medizinisches Versorgungszentrum
05	Psychotherapeutische Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten
06	Ambulanz in Allgemeinpsychiatrischem 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	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
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

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ FÜR KAMMERMITGLIEDER

Liebes Kammermitglied,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die LPK RLP Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie zudem entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Vorstand der LandesPsychotherapeutenKammer
Rheinland-Pfalz
Diether-von-Isenburg-Straße 9-11
55116 Mainz
Telefon 06131-9335510
service@lpk-rlp.de

Die zuständige Datenschutzbeauftragte ist:

Saskia Kollarich
Telefon 06131-9335515
juristischesreferat@lpk-rlp.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die LPK RLP verarbeitet und speichert personenbezogene Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und dem Datenschutzgesetz Rheinland-Pfalz (LDSG RLP). Sie ist zulässig, wenn es hierfür eine gesetzliche Verpflichtung oder eine Einwilligung gibt, die Verarbeitung zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten erfolgt oder die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder im öffentlichen Interesse vorgenommen wird.

Im Rahmen der Meldeverwaltung werden insbesondere folgende Daten verarbeitet: Angaben zur Person, Anschriften, Angaben zur grundständigen Berufsausbildung, Angaben zur staatlichen Berufszulassung, Fachkundenachweise, vertragspsychotherapeutische Zulassung, Berufsausübung, Beschäftigungsstatuts, Fremdsprachenkenntnisse, Berufshaftpflichtversicherung, Bankverbindung, Mitgliedschaften in anderen Kammern.

1. Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c, Abs. 2 und 3 DSGVO)

Die gesetzlichen Verpflichtungen ergeben sich im Wesentlichen aus dem Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (HeilBG RLP) und weiteren Gesetzen. Diese sind insbesondere:

- Regelung und Durchführung der psychotherapeutischen Weiterbildung,
- Ausübung der Berufsaufsicht,
- Förderung und Betreiben der Fortbildung von Kammermitgliedern,
- Förderung und Betreiben der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen,
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Erfüllung seiner Aufgaben,
- Stellungnahmen und Fachgutachten für Behörden und Aufsichtsbehörden,
- Führung eines Verzeichnisses der Kammermitglieder und dienstleistenden Berufsangehörigen (§ 1b HeilBG),
- Durchführung von Wahlen zur Kammerversammlung,
- Übermittlung von Meldungen an untere Gesundheitsbehörden, Berufszulassungsbehörden und anfragende Behörden europäischer Staaten,
- Benennung von Sachverständigen für Behörden und Gerichte,
- Streitschlichtung im Rahmen der Berufsausübung nach HeilBG RLP,
- Wahrnehmung der beruflichen Interessen der Kammerangehörigen,
- Herausgabe von Heilberufsausweisen und sonstigen Bescheinigungen,

- Information der Kammerangehörigen und der Öffentlichkeit über die Kammertätigkeit und berufsbezogene Themen,
- Erfassen von Nachweisen von Fort- und Weiterbildungen sowie fachliche Qualifikationen,
- Erteilung von Fortbildungszertifikaten,
- Führung von Sachverständigenlisten nach unseren Verwaltungsvorschriften,
- Aufgaben als zuständige Stelle nach § 117 Versicherungsvertragsgesetz im Zusammenhang mit Berufshaftpflichtversicherung,
- Erhebung von Beiträgen und Gebühren im Rahmen der Kammeraufgaben.

2. Einwilligung (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO in Verbindung mit § 33 LDStG RLP)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Verarbeitung auf Basis dieser Einwilligung rechtmäßig.

3. Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 9 Abs. 2 lit. f DSGVO)

Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO kann erlaubt sein, wenn dies erforderlich ist, um rechtliche Ansprüche, sei es in einem Gerichtsverfahren oder in einem Verwaltungsverfahren oder einem außergerichtlichen Verfahren geltend zu machen, auszuüben oder zu verteidigen.

4. Verarbeitung im öffentlichen Interesse (Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e, Abs. 2 und 3 DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO)

Die Verarbeitung ist rechtmäßig, wenn sie für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) ist ebenfalls zulässig, wenn dies aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist.

3. EMPFÄNGER*innen IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger*innen Ihrer personenbezogenen Daten können sein: Eingesetzte Auftragsverarbeiter*innen (z.B. in den Bereichen IT-Dienstleistungen, Vertrauensdiensteanbieter zur Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises, Druckdienstleister*innen Dienstleister*innen für Archivierung und Entsorgung), Behörden (z. B. Aufsichtsbehörden, Berufszulassungsbehörden, Psychotherapeutenkammern anderer Länder, Gesundheitsbehörden, Versorgungswerk der Psychotherapeut*innen, Meldebehörden, Finanzämter), Gerichte, Staatsanwaltschaften, Rechtsanwälte*innen, Kammermitglieder, sonstige betroffene Personen, Versicherungsanstalten bzw. Beauftragte, Gutachter*innen, Öffentlichkeit (bei Eintragung in die Psychotherapeutensuche).

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange und in dem Umfang auf, wie dies erforderlich ist oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen. Darüber hinaus gelten für die Kammer gesetzliche Aufbewahrungspflichten und verwaltungsverfahrenrechtliche Verjährungsfristen. Mitgliedschaftsbezogene Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft und darüber hinaus solange aufbewahrt, wie dies im Interesse des Mitgliedes (z. B. Kammerwechsel, Umzug ins Ausland) notwendig ist.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten und auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. In diesen Fällen bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf Grundlage der Einwilligung bis zum Widerruf unberührt.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz
Hintere Bleiche 34
55116 Mainz
Telefon 06131 208-2449
Fax 06131 208-2497
poststelle@datenschutz.rlp.de

6. VERPFLICHTUNG ZUR BEREITSTELLUNG

Im Rahmen der jeweiligen Beziehung zur LPK RLP müssen die personenbezogenen Daten bereitgestellt werden, die erforderlich sind, damit wir unsere gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten erfüllen oder ihre Anliegen bearbeiten können. Die Nichtbereitstellung der erforderlichen Daten kann zur Folge haben, dass der Vorgang nicht oder nur nach vorhandenem Sachstand bearbeitet werden kann. Kammermitglieder sind nach Maßgabe des § 1b) HeilBG RLP verpflichtet, Angaben zu machen, Auskünfte zu geben und Nachweise vorzulegen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Stand Oktober 2023