

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Mitgliederservice
Goyastraße 2d
04105 Leipzig

OPK-Eingangsstempel

Meldebogen

(§2 Abs. 1 S. 1 Meldeordnung OPK)

A. Mitgliedschaft in der OPK

- ☐ Erstanmeldung bei der OPK
- ☐ Wechsel von der Psychotherapeutenkammer (PTK) _____
- Ist die Abmeldung bei der PTK bereits erfolgt? ja ☐ nein ☐
- ☐ Es bestand schon früher eine Mitgliedschaft bei der OPK ja ☐ nein ☐
- ☐ Es besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen PTK _____
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit im Zuständigkeitsgebiet der OPK am: _____

B. Persönliche Daten

Nachname		Akadem. Grad/Akadem. Titel	
Rufname		Geburtsname	
ggf. weitere(r) Vorname(n)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit(en)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers

C. Privatanschrift

Hauptwohnsitz (Meldeanschrift)	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Ort	Bundesland	
	Telefon**	Mobil**	
	Fax**		
	E-Mail**1		

¹ Wir bitten Sie um die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse, um die Kommunikation zwischen Ihnen und der OPK zu vereinfachen. Bitte berücksichtigen Sie dabei auch, dass wir Einladungen zu Veranstaltungen sowie Informationen zu Fortbildungen häufig per E-Mail versenden.

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

Nebenwohnsitz	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Ort		Bundesland	
	Telefon**		Mobil**	
	Fax**			
	E-Mail***1			

D. Berufliche Anschriften (Haupttätigkeit: bei mehreren Dienst-/Praxisanschriften bitte Anlage 1 nutzen)

<input type="checkbox"/> Dienststelle bzw. Name der Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Praxis	Inhaber:

Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort		Bundesland	
Telefon**		Mobil**	
Fax**			
E-Mail***1			

Post der OPK und das Psychotherapeutenjournal (PTJ) bitte an (nur **eine** Anschrift möglich, gilt bis auf Widerruf)

<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz	<input type="checkbox"/> berufliche Adresse der Haupttätigkeit
Ich möchte das kostenfreie PTJ erhalten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

E. Elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA)

Ich besitze einen ePtA ☐ ja ☐ nein

Ausweis-Nr.		Gültig bis	
Vertrauensdienstanbieter (Hersteller)		Ausstellende Kammer	

F. Angaben zur akademischen Ausbildung

Hochschul-/Universitätsausbildung

<input type="checkbox"/> Dipl.-Psych.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Päd.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Soz. Päd.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Soz.-Arb.	<input type="checkbox"/> Dipl.-Sond.-Päd.
<input type="checkbox"/> Dipl.-Heil.-Päd.	<input type="checkbox"/> B.Sc.	<input type="checkbox"/> B.A.	<input type="checkbox"/> M.Sc.	<input type="checkbox"/> M.A.
<input type="checkbox"/> Sonstige _____				

*Akademische Grade und Titel**

<input type="checkbox"/> Dr. rer. nat.	<input type="checkbox"/> Dr. phil.	<input type="checkbox"/> Dr. med.	<input type="checkbox"/> Dr. _____
<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

G. Angaben zur staatlichen Berufszulassung

Ich verfüge über eine Approbation* oder Erlaubnis zur Berufsausübung* als²

☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)

☐ Approbation*

Urkunde ausgestellt am		in	
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)			

Grundlage der Approbation war/en folgende/s Therapieverfahren:

<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

☐ Berufserlaubnis*

Erlaubnis vom		Geltungsdauer	
Erlaubnisumfang			

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)

☐ Approbation*

Urkunde ausgestellt am		in	
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)			

Grundlage der Approbation war/en folgende/s Therapieverfahren:

<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

☐ Berufserlaubnis*

Erlaubnis vom		Geltungsdauer	
Erlaubnisumfang			

☐ Psychotherapeut/in (PT)

☐ Approbation*

Urkunde ausgestellt am		in	
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)			

☐ Berufserlaubnis*

Erlaubnis vom		Geltungsdauer	
Erlaubnisumfang			

☐ weitere Approbation* als _____

Urkunde ausgestellt am		in	
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)			

² Bei Namensabweichungen gegenüber der/den Approbationsurkunde/n fügen Sie bitte eine Kopie der Eheurkunde oder andere Nachweise über die Namensänderung bei.

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

H. Therapiesichere Sprachkenntnisse**

<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Spanisch	<input type="checkbox"/> Italienisch	<input type="checkbox"/> Türkisch
<input type="checkbox"/> Russisch	<input type="checkbox"/> Arabisch	<input type="checkbox"/> Polnisch	<input type="checkbox"/> Griechisch	<input type="checkbox"/> Portugiesisch
<input type="checkbox"/> Gebärdensprache	<input type="checkbox"/> Andere Sprache(n)			

I. Angaben zur Berufsausübung

I. Nichtselbständige Tätigkeit (nur bei bestehendem Anstellungs- bzw. Beamtenverhältnis ausfüllen)

☐ angestellt
 ☐ angestellt in Weiterbildung
 ☐ verbeamtet

1. Dienststellenart (nur bei bestehendem Anstellungs- bzw. Beamtenverhältnis ausfüllen)

a) Ambulante Versorgung

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Ambulanz in Gerontopsychiatrischer Abteilung
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (früher Gemeinschaftspraxis)	<input type="checkbox"/> Ambulanz in Kinder-/Jugendpsychiatrischem Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Ambulanz in Psychosom./Psychotherapeutischem Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum	<input type="checkbox"/> Ambulanz in Somatischem Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Psychoth. Hochschulambulanz oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten	<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum
<input type="checkbox"/> Ambulanz in Allgemeinpsychiatr. Krankenhaus für Erwachsene	

b) Stationäre Versorgung

<input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrisches Krankenhaus für Erwachsene	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Rehabilitationsklinik
<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Abteilung	<input type="checkbox"/> Einrichtung der somatischen Rehabilitation, Anschlussbehandlung
<input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendpsychiatrisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen
<input type="checkbox"/> Psychosomatisches/psychotherapeutisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Privatklinik (ohne Versorgungsauftrag)
<input type="checkbox"/> Somatisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstige Klinik

c) Einrichtungen nach Sozialgesetzgebung

<input type="checkbox"/> Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtung (außer Beratungsstellen)
---	--

d) Beratungsstellen

<input type="checkbox"/> Ehe-/Erziehungs-/Familien-/Lebensberatung	<input type="checkbox"/> Suchtberatung
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/> Sonstige Beratungsstelle

e) Forensische Einrichtungen

<input type="checkbox"/> Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/> Strafvollzug
--	---------------------------------------

f) Andere Institutionen

<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität (Forschung und Lehre)	<input type="checkbox"/> Gesundheitsschutz
<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung
<input type="checkbox"/> Industrie/Wirtschaft	

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

* sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen

** sind freiwillige Auskünfte

*** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

2. Kassenzulassung

☐ ja, seit: _____ ☐ nein

☐ Ermächtigung von _____ bis _____

Name der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)	
Lebenslange Arztnummer (LANR)	

3. Diese Tätigkeit wird ausgeübt

seit/ab: _____

☐ in Vollzeit ☐ in Teilzeit ☐ geringfügig mit _____ Stunden wöchentlich

II. Selbständige Tätigkeit (Niederlassung)

1. Kassenzulassung

☐ ja, seit: _____ ☐ nein

☐ Ermächtigung von _____ bis _____

Name der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)	
Lebenslange Arztnummer (LANR)	

2. Privatpraxis

☐ ja ☐ nein

Art der Niederlassung:

☐ Einzelpraxis

☐ in Kooperation als:

<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
Kooperationspartner	
Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit	
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit	

Diese Tätigkeit wird ausgeübt

seit/ab: _____

☐ in Vollzeit ☐ in Teilzeit ☐ geringfügig mit _____ Stunden wöchentlich

III. Ohne psychotherapeutische Tätigkeit***

seit/ab: _____

<input type="checkbox"/> Elternzeit bis: _____	<input type="checkbox"/> Berufsunfähig bis: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Berufsfremd, als: _____
<input type="checkbox"/> Pension/Ruhestand <u>ohne</u> Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Pension/Ruhestand unter fortgesetzter Ausübung der vorgenannten Tätigkeiten (auch im geringen Umfang)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

J. Angaben zu anerkannten Weiterbildungen/Fortbildungen

I. Gebietsbezeichnung (nur auszufüllen durch Psychotherapeut/in)*

☐ Ich führe eine (oder mehrere) von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte Gebietsbezeichnung(en)

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

☐ Fachpsychotherapeut/in für Erwachsene

Psychotherapieverfahren im Gebiet	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie

☐ Fachpsychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche

Psychotherapieverfahren im Gebiet	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie

☐ Fachpsychotherapeut/in für Neuropsychologische Psychotherapie

Psychotherapieverfahren im Gebiet	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	

Datum der Anerkennung: _____ Ausstellende Kammer: _____

II. Bereichsbezeichnung (nur auszufüllen durch Psychotherapeut/in)*

☐ Ich führe eine (oder mehrere) von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte Bereichsbezeichnung(en)

<input type="checkbox"/> Verhaltenspsychotherapie Erwachsene	<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie
<input type="checkbox"/> Verhaltenspsychotherapie Kinder u. Jugendliche	<input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene	<input type="checkbox"/> Sozialmedizin
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder u. Jugendliche	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie Erwachsene	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie Kinder u. Jugendliche	
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie Erwachsene	
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie Kinder u. Jugendliche	

Datum der Anerkennung: _____ Ausstellende Kammer: _____

III. Bereichsbezeichnung (nur auszufüllen durch PP/KJP)*

☐ Ich führe eine (oder mehrere) von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte Bereichsbezeichnung(en)

<input type="checkbox"/> Klinische Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie
<input type="checkbox"/> Sonstige _____	

Datum der Anerkennung: _____ Ausstellende Kammer: _____

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

K. SEPA-Lastschriftmandat für den jährlichen Kammerbeitrag**

Das Lastschriftmandat wird für wiederkehrende Beitragszahlungen erteilt und gilt unbefristet. Es kann jederzeit widerrufen werden. Ab dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug werden Sie über die Höhe des jeweils einzuziehenden Betrages sowie den Tag des Lastschrifteinzugs informiert (sogenannte Pre-Notification).

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich ermächtige die OPK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der OPK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mandatsreferenz	Wird separat mitgeteilt
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE51ZZZ00001008433

Angaben zur Kontoinhaberin oder zum Kontoinhaber (falls abweichend von der/dem Antragstellenden)

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Angaben zur Bankverbindung

Kreditinstitut	
BIC	
IBAN:	DE / / / / /
Ort, Datum	
Unterschrift	

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

L. Hinweise zur Angabe von Änderungen zu melderelevanten Daten

Eintretende Veränderungen hinsichtlich der vorstehend gemachten Angaben sind innerhalb eines Monats nach deren Eintreten, schriftlich der OPK mitzuteilen (§ 4 MeldeO).

Bitte beachten Sie, dass das Versäumnis der Meldung, eine nicht richtige, nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Meldung eine Ordnungswidrigkeit nach § 5 MeldeO darstellen. Die OPK kann diese Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu zweitausendfünfhundert Euro ahnden.

Ein Online-Formular zur Mitteilung von Änderungen steht Ihnen auf der Website der OPK zur Verfügung: www.opk-info.de.

M. Abschlusserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich werde Änderungen der hier gemachten Angaben unverzüglich an die Kammer melden.

Dem Meldebogen liegen folgende Unterlagen/Nachweise bei:

- ☐ Urkunde über die Approbation in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Urkunde über die Berufserlaubnis in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Urkunde über die Anerkennung der Gebietsbezeichnung in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Urkunde über die Anerkennung der Zusatzbezeichnung in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Urkunde über den/die akademischen Grad/e in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Urkunde über den/die akademischen Titel in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ ggf. Urkunde/n über die Genehmigung der Führung des akad. Grad oder akad. Titel in notariell oder amtlich beglaubigter Form
- ☐ Nachweis/e bzgl. der Angaben zur Berufsausübung unter Punkt I. III. „Ohne psychotherapeutische Tätigkeit“ in Form einer einfachen Kopie
- ☐ Sonstiges

Ort, Datum,	
Unterschrift	

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen

Weitere berufliche Anschriften

Haupttätigkeit: bei mehreren Dienst-/Praxisanschriften (auch bei Nebentätigkeit)

Name: _____ Vorname: _____

<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet	<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
seit: _____		von: _____ bis: _____
zeitlicher Umfang _____ Stunden pro Woche		
Dienststelle/Praxis		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Bundesland	
Telefon**	Mobil**	
Fax**		
E-Mail**		

<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet	<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
seit: _____		von: _____ bis: _____
zeitlicher Umfang _____ Stunden pro Woche		
Dienststelle/Praxis		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Bundesland	
Telefon**	Mobil**	
Fax**		
E-Mail**		

<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> verbeamtet	<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> eigene Zulassung KV	<input type="checkbox"/> Ermächtigung KV	<input type="checkbox"/> Privatpraxis
seit: _____		von: _____ bis: _____
zeitlicher Umfang _____ Stunden pro Woche		
Dienststelle/Praxis		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Bundesland	
Telefon**	Mobil**	
Fax**		
E-Mail**		

Alle gekennzeichneten Angaben mit:

- * sind durch notariell oder amtlich beglaubigte Kopien der Originalbescheinigungen zu belegen
- ** sind freiwillige Auskünfte
- *** sind in Form von einfachen Kopien (u. a. Bescheide aller Art, Bestätigungsschreiben, Atteste) nachzuweisen