

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

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

<sup>1</sup> 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

Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort		Bundesland	
Telefon**		Mobil**	
Fax**			
E-Mail** <sup>1</sup>			

## 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** <sup>1</sup>			

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\* als<sup>2</sup>

### 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
Erlaubnismumfang	

### 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
Erlaubnismumfang	

### Psychotherapeut/in (PT)

#### Approbation\*

Urkunde ausgestellt am	in
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)	

#### Berufserlaubnis\*

Erlaubnis vom	Geltungsdauer
Erlaubnismumfang	

### weitere Approbation\* als \_\_\_\_\_

Urkunde ausgestellt am	in
Ausstellungsbehörde (Name und Sitz)	

<sup>2</sup> 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](http://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

# Anlage 1 zum Meldebogen

## 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