



## PiA-Meldebogen

Rücksendung an:

**Psychotherapeutenkammer Hessen**  
**Frankfurter Str. 8**  
**65189 Wiesbaden**

oder per Fax: 0611 531 68-29

Nachfolgende Daten werden aufgrund des Heilberufsgesetzes und der Meldeordnung erhoben.

Zutreffendes bitte **leserlich** in Druckschrift ausfüllen und/oder ankreuzen.

Sollte es aus Platzgründen erforderlich werden, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

Mit \* gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

*Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer werden die hierzu erforderlichen Daten gem. §§ 2 und 3 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 3 Abs. 1 HDSIG erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der Kammerwebsite: [www.lppkjp.de/datenschutz](http://www.lppkjp.de/datenschutz)*

Mitgliedsnummer (wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

### Angaben zur Person

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname/n (Rufnamen bitte unterstreichen) \_\_\_\_\_

Akadem. Grad / Akadem. Titel \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geschlecht weiblich  männlich  divers

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort / Staat (falls nicht Deutschland) \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/en \_\_\_\_\_

**Privatanschrift** Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil\* \_\_\_\_\_

Fax\* \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### Kammernewsletter

Möchten Sie per Email aktuelle Informationen erhalten? Ja  (Der Kammer-Newsletter kann jederzeit abbestellt werden)

Nein

**Ausbildungsinstitut**

\_\_\_\_\_
Name \_\_\_\_\_
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Ausbildungspraxis** (falls abweichend von Institutsambulanz)

Bezeichnung \_\_\_\_\_
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_
PLZ, Ort \_\_\_\_\_
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil\* \_\_\_\_\_
Fax\* \_\_\_\_\_
Email \_\_\_\_\_

**Praktische Ausbildung**

Beginn der praktischen Ausbildung in Hessen am \_\_\_\_\_ (Datum)

**Erforderliche Bestätigung durch das Ausbildungsinstitut**

Name des Instituts: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Zwischenprüfung abgelegt: Ja  Nein

Die Zwischenprüfung wurde abgelegt am \_\_\_\_\_ (Datum)

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_

Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen meiner Daten der Psychotherapeutenkammer Hessen binnen eines Monats zu melden habe.

Eine Zuwiderhandlung hiergegen ist eine Ordnungswidrigkeit nach § 2 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes und kann die Verhängung eines Ordnungsgeldes nach § 11 Abs. 2 nach sich ziehen.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_