



## 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