

# Freiwilliger Meldebogen der LPPKJP Hessen



Ihre Angaben sind **freiwillig**. Sie werden gespeichert und dienen der Kammer insbesondere für eigene und fremde statistische Zwecke, **d.h. statistische Auswertungen und ggf. die Weitergabe von Daten erfolgen grundsätzlich anonymisiert**. Die Angaben zur Art der Tätigkeit werden z.B. aggregiert über die Bundespsychotherapeutenkammer an das Statistische Bundesamt geleitet und gehen dort in die Bundesstatistik der Gesundheitsberufe ein. **Zur Weitergabe an Dritte vorgesehen sind ausschließlich die Angaben zu der Befähigung, in Fremdsprachen arbeiten zu können bzw. zur Fachkunde, sofern Sie dem zustimmen** (siehe Erklärung am Ende des Bogens).

|  |                         |    |      |
|--|-------------------------|----|------|
| Zur Erfassung notwendig!                             | <b>Name:</b>            |    |      |
|  | <b>Vorname:</b>         |    |      |
|  | <b>Mitgliedsnummer:</b> |    |      |
| <b>1. Psychotherapie in Fremdsprachen</b>            |                         | Ja | Nein |
| - Englisch   |                         |    |      |
| - Französisch  |                         |    |      |
| - Spanisch   |                         |    |      |
| - Italienisch  |                         |    |      |
| - Türkisch   |                         |    |      |
| - Russisch   |                         |    |      |
| - andere:  |                         |    |      |
| <b>2. Verfahrensschwerpunkte</b>                     |                         | Ja | Nein |
| <b>Analytische Psychotherapie</b>                    |                         |    |      |
| <b>Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie</b> |                         |    |      |
| <b>Verhaltenstherapie</b>                            |                         |    |      |
| <b>Gesprächspsychotherapie</b>                       |                         |    |      |
| <b>Systemische Therapie</b>                          |                         |    |      |
| <b>Neuropsychologie</b>                              |                         |    |      |
| <b>Hypnotherapie</b>                                 |                         |    |      |
| <b>Gestalttherapie</b>                               |                         |    |      |
| <b>Psychodrama</b>                                   |                         |    |      |
| <b>Analytische Familientherapie</b>                  |                         |    |      |
| <b>Andere:</b>                                       |                         |    |      |
| <b>3. Fachkunde im Sinne der PTRL</b>                |                         | Ja | Nein |
| <b>Analytische Psychotherapie</b>                    |                         |    |      |
| - Erwachsene   |                         |    |      |
| - Kinder- und Jugendliche                            |                         |    |      |
| - Gruppe   |                         |    |      |
| <b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b>  |                         |    |      |
| - Erwachsene   |                         |    |      |
| - Kinder- und Jugendliche                            |                         |    |      |
| - Gruppe   |                         |    |      |

|  |    |      |
|--|----|------|
| <b>Verhaltenstherapie</b>  |    |      |
| - Erwachsene   |    |      |
| - Kinder- und Jugendliche  |    |      |
| - Gruppe   |    |      |
| <b>4. Selbständige Tätigkeit</b>   | Ja | Nein |
| Einzelpraxis   |    |      |
| Gemeinschaftspraxis  |    |      |
| Praxisgemeinschaft   |    |      |
| MVZ (selbständig)  |    |      |
| PsychotherapeutIn Privat   |    |      |
| - mit Kostenerstattungsfällen  |    |      |
| Sonstige selbständige Tätigkeit<br>(z.B. Gutachter/ Supervisor/ Trainer etc.):         |    |      |
| <b>Nichtselbständige Tätigkeit</b>   | Ja | Nein |
| <b>MVZ (angestellt)</b>  |    |      |
| <b>Psychotherapeutische Hochschulambulanz</b>  |    |      |
| <b>Psychiatrisches Krankenhaus (Erwachsene)</b>  |    |      |
| <b>Kinder- und Jugendlichenpsychiatrisches<br/>Krankenhaus</b>                         |    |      |
| <b>Psychosom.-Psychotherapeutische Klinik</b>  |    |      |
| <b>Einrichtung der medizinischen Rehabilitation</b>                                    |    |      |
| - psychosomatische Rehabilitation  |    |      |
| - Suchtrehabilitation  |    |      |
| - sonst. Reha-Einrichtung  |    |      |
| <b>Privatklinik ohne Versorgungsauftrag</b>  |    |      |
| <b>Behindertenhilfe</b>  |    |      |
| <b>Jugendhilfeeinrichtung (ohne Beratungsstelle)</b>                                   |    |      |
| <b>Beratungsstelle</b>   |    |      |
| - Jugend- und Drogenberatungsstelle  |    |      |
| - Suchtberatungsstelle (Erwachsene)  |    |      |
| - Erziehungsberatungsstelle (EB)   |    |      |
| - Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle (EFL)                                      |    |      |
| - Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle  |    |      |
| - sonstige Beratungsstelle   |    |      |
| <b>Schulpsychologischer Dienst</b>   |    |      |
| <b>Maßregelvollzug, Strafvollzug</b>   |    |      |
| <b>Hochschule/Universität (Forschung u. Lehre)</b>                                     |    |      |
| <b>Behörde / Verband etc.</b>  |    |      |
| <b>Privatwirtschaft</b>  |    |      |
| <b>Sonstiges:</b>  |    |      |
| <b>Nach welchem Tarifvertrag und nach welcher Vergütungsgruppe werden Sie bezahlt?</b> |    |      |

1. Mit der personenbezogenen **Speicherung** der Daten und der **anonymisierten Auswertung** erkläre ich mich einverstanden.
2. Mit der **personenbezogenen Veröffentlichung** der Daten
  - Zu Psychotherapie in **Fremdsprachen**
  - Zur **Fachkunde** erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift