

Mitteilung der Praxisanschrift
gemäß § 5 Heilberufsgesetz
(für selbstständige Tätigkeiten)

Kenn-Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PRAXISANSCHRIFT freiberufliche / selbstständige Tätigkeit

gültig ab: _____

Dies ist ab diesem Datum meine einzige berufliche Anschrift / Tätigkeit: Ja Nein (s. unten)

Straße + Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Einzelpraxis → mit Kassenzulassung (KV-Nr.)
 Privatpraxis

Gemeinschaftspraxis → mit gemeinsamer KV-Nr.
 Jobsharing (keine Anstellung)

Name PraxispartnerInnen

Praxisgemeinschaft → mit jeweils eigener KV-Nr.
 mit und ohne KV-Nr.
 ohne KV-Nr.

Name PraxispartnerInnen

Angaben zur sozialrechtlichen Zulassung (=Kassenzulassung)

KVNO
 KVWL
 andere: _____
 keine Zulassung

Art der Zulassung: regulärer Versorgungsauftrag
 Jobsharing (keine Anstellung)
 Ermächtigung n. Übergangsregelung § 95 Abs. 11 SGB V
 Sonstige Ermächtigung
 Ruhen der Zulassung von _____ bis _____

Weitere berufliche Tätigkeiten

- keine
 angestellt UND/ODER selbstständig

→ Jede weitere Tätigkeit bitte auf einem separaten Blatt melden. Bitte auch angeben, soweit diese Tätigkeiten der Kammer bereits gemeldet wurden.

Bitte fügen Sie eine aktuelle Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung bei!
(Formular unter: [https://www.ptk-nrw.de/berufsstand/mitgliedschaft „Änderungsmittelungen“](https://www.ptk-nrw.de/berufsstand/mitgliedschaft_„Änderungsmittelungen“))

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Rücksendung an:
Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 52 28 47 -0
Fax: 0211 - 52 28 47 -15
E-Mail: info@ptk-nrw.de