



pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Korrektur der Meldedaten

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

### **Namensdaten:**

Akademische Grade/Titel \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Nachgestellte akademische Grade \_\_\_\_\_

Berufsgruppe/n:       PP       KJP       PP/KJP

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Gewünschte Post- und E-Mail-Anschrift:**     Privatanschrift     Dienstanschrift 1

### **Meldeadresse (Privatanschrift):**

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Anschriftenzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_ \_ \_ \_ \_

Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**1. Praxis-/Dienstanschrift:**

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Anschriftenzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_ \_ \_ \_ \_

Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**2. Praxis-/Dienstanschrift:**

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Anschriftenzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_ \_ \_ \_ \_

Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**3. Praxis-/Dienstanschrift:**

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Anschriftenzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_ \_ \_ \_ \_

Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_



pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

#### 4. Praxis-/Dienstanschrift:

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Anschriftenzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_ \_ \_ \_ \_

Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### Mitgliedsart:

selbständig/freiberuflich

angestellt

freiwillig (im Saarland nicht psychotherapeutisch tätig)

selbständig und angestellt

PiA

Mitglied in anderer Landespsychotherapeutenkammer \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ)

#### Berufsausübung:

(bitte teilen Sie uns ggf. auch das Datum des Beschäftigungsendes mit)

Kassenzulassung  ja, seit \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Nein (ggf. seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ))

Selbständige/freiberufliche Tätigkeit  nein (ggf. seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ))

ja, seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

dazugehörige Dienstanschrift\* \_\_\_\_\_

nichtselbständige Tätigkeit  nein (ggf. seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ))

ja, seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

dazugehörige Dienstanschrift\* \_\_\_\_\_



pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

Weitere Tätigkeiten

nein

ja, seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Bezeichnung \_\_\_\_\_

dazugehörige Dienstanschrift\*: \_\_\_\_\_

ja, seit \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Bezeichnung \_\_\_\_\_

dazugehörige Dienstanschrift\*: \_\_\_\_\_

\* z. B. Dienstanschrift 1

**Weitere Angaben:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift