



Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

## Selbstauskunft zur privatpsychotherapeutischen Praxistätigkeit

Ich, \_\_\_\_\_  
(Titel, Vorname, Nachname)

\_\_\_\_\_  
(Praxisanschrift)

bitte die Landespsychotherapeutenkammer um Bestätigung meiner gemeldeten  
privatpsychotherapeutischen Praxistätigkeit.

Meine Mitgliedsnummer lautet \_ \_ \_ \_ \_.

Diese Bestätigung soll dem Nachweis meiner Tätigkeit als Voraussetzung für die Beantragung  
eines Praxisausweises (SMC-B Karte) dienen.

Ich versichere, dass ich

- ☐ in meiner privatpsychotherapeutischen Berufsausübung einen regelhaften Praxisbetrieb aufrechterhalte,
- ☐ über eine Berufshaftpflichtversicherung in angemessenem Umfang gemäß meiner berufsrechtlichen Pflichten verfüge,
- ☐ nicht als Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut zugelassen bin,
- ☐ im Besitz eines gültigen eHBA bin.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel