

## FRAGEBOGEN FÜR THERAPEUT\*INNEN

Name .....

Anschrift .....

Telefon .....

Email-Adresse .....

### 1. Sind Sie

- Fachärzt\*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzt\*in für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärzt\*in mit Zusatztitel Psychotherapie
- Dipl.-Psycholog\*in mit Approbation als Psychologische(r) PsychotherapeutIn **mit** Arzt-registereintrag
- Dipl.-Psycholog\*in mit Approbation als Psychologische(r) PsychotherapeutIn **ohne** Arzt-registereintrag
- Heilpraktiker\*in für Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in
- Andere, und zwar .....

### 2. Mit welchen therapeutischen Ansätzen arbeiten Sie?

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- Hypnotherapie
- Körperorientierte Verfahren, und zwar: .....
- andere therapeutische Verfahren, und zwar: .....

### 3. Sind Sie auf Patientengruppen aus spezifischen psychosozialen Problemfeldern oder mit besonderer Symptomatik spezialisiert?

- Ja       Nein
- Wenn ja, welche .....

### 4. Können Sie über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen?

- Erwachsenenpsychotherapie       Ja       Nein
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie       Ja       Nein

### 5. Führen Sie eine Warteliste?

- Ja       Nein

**6. Wie lange sind Ihre Wartezeiten in der Regel?**

- unter 3 Monaten
- 3 – 6 Monate
- über 6 Monaten

**7. Können wir Patient\*innen zur Abklärung in Ihre Sprechstunde verweisen?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie lange sind hier die voraussichtlichen Wartezeiten?

.....

**8. Wie ist Ihr Vorgehen zur Therapieplatzvergabe?**

.....  
.....  
.....  
.....

**9. Wie lange arbeiten Sie schon insgesamt psychotherapeutisch in eigener Praxis, einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik oder in einer ähnlichen Einrichtung?**

..... Jahre

**10. In welchen traumatherapeutischen Methoden sind Sie ausgebildet?**

- noch keine Ausbildung
- Imaginative Verfahren (einschl. PITT)
- EMDR
- KREST
- strukturelle Dissoziation
- Andere, und zwar.....

**11. Verfügen Sie über die Qualifikation Spezielle Psychotraumatherapie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie?**

- Ja
- Nein

**12. Seit wann arbeiten Sie mit traumatherapeutischen Verfahren?**

seit .....

**13. Wie häufig kommen die von Ihnen gelernten Methoden in Ihrer Arbeit im Jahr zur Anwendung?**

- weniger als 10 x im Jahr
- mehr als 10 x im Jahr
- mehr als 50 x im Jahr

**14. Liegt Ihr Schwerpunkt bei Patient\*innen mit**

- Akuttraumata     Komplexen Traumata     beide Gruppen

**15. Machen Sie Arbeit mit Angehörigen von Traumatisierten?**

- Ja     Nein

**16. Nehmen Sie einzelne betroffene Einsatzkräfte oder Einsatzkräfteteams in Therapie oder Supervision?**

- Ja     Nein

**17. In welchen Fremdsprachen bieten Sie Therapie an?**

.....

**18. Gebärdensprache?**

- Ja     Nein

**19. Kooperieren Sie mit Dolmetscher\*innen / Übersetzer\*innen?**

- Ja     Nein

**20. Arbeiten Sie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?**

- Ja     Nein

**21. Sind Ihre Praxisräume / ist Ihre Einrichtung mit Rollstuhl zugänglich?**

- Ja     Nein

**22. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Adresse in Fachkreisen weitergeben?**

- Ja     Nein

**23. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Klient\*innen an Sie verweisen?**

- Ja     Nein

**24. Auf welche Weise sollen Klient\*innen mit Ihnen Kontakt aufnehmen?**

- per Telefon     per E-Mail

**25. Sind Sie an kollegialem Austausch und fachspezifischen Fortbildungen interessiert?**

- Ja    In diesem Falle stimmen Sie der Aufnahme in unseren Verteiler zu und werden über entsprechende Angebote informiert.

- Nein

Wenn ja, gibt es jemanden, die/den Sie gerne im Rahmen einer Supervision / Fortbildung als Dozent\*in hören möchten?

.....

**26. Bieten Sie selbst traumaspezifische Fortbildungen an?**

Ja       Nein

Wenn ja, welche? .....

**27. Haben Sie Interesse, dass wir Ihnen regelmäßig Infomaterial des Trauma Hilfe Zentrums für Ihre Praxis und zur Weitergabe an Ihre PatientInnen zusenden?**

Ja       Nein

**28. Gibt es eine Institution, die sich aus Ihrer Sicht für unsere Angebote interessieren könnte und zu der wir Kontakt aufnehmen sollten?**

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen dieses ausführlichen Fragebogens gemacht haben. Ihre Informationen helfen uns sehr. Bitte schicken Sie den Bogen an:

**Trauma Hilfe Zentrum München e. V. (THZM), Horemansstraße 8 (Rgb), 80636 München** oder **info@thzm.de**