

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**