

## Fragebogen I - Kliniken und Ambulanzen

Traumanetz Seelische Gesundheit ist eine internetbasierte Informationsplattform. Es hat das Ziel Betroffenen den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern und Hilfsanbieter zu vernetzen. Für das Erstellen einer umfassenden Datenbank für das Land Sachsen benötigen wir von Ihnen einige differenzierte Angaben und freuen uns über eine baldige Antwort! Gleichzeitig unterstützen Sie mit Ihrer Antwort eine wissenschaftliche Untersuchung zur Versorgungssituation nach traumatischen Ereignissen in Sachsen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes durch Anklicken an (Mehrfachnennungen sind möglich!) bzw. beantworten Sie die Fragen in den grauen Feldern in schriftlicher Form (Felder erweitern sich).

Die Antworten mit dem Sternchen werden auf der Homepage [www.traumanetz-sachsen.de](http://www.traumanetz-sachsen.de) veröffentlicht. Sollten Sie das nicht wünschen, kennzeichnen Sie dies bitte. Sie können auch nur Teile Ihrer Daten veröffentlichen lassen.



### Ist Ihre Einrichtung in die Traumaarbeit involviert?

JA  NEIN

(falls Sie „Nein“ angekreuzt haben, bitte dennoch den Fragebogen mit Angabe Ihres Namens zurückschicken)

### Haben Sie Interesse an einer Kooperation mit dem Traumanetz Seelische Gesundheit?

JA  NEIN

Falls nein, warum?

### Sind Sie mit der Veröffentlichung Ihrer Daten auf der Homepage Traumanetz Seelische Gesundheit einverstanden?

JA  NEIN

### Angaben zur Einrichtung

( = keine Angabe (k.A.) auf der Homepage)

Name*				k.A. <input type="checkbox"/>
Adresse*				k.A. <input type="checkbox"/>
E-mail*	k.A. <input type="checkbox"/>	Homepage*	k.A. <input type="checkbox"/>	
Tel.-Nr.*	k.A. <input type="checkbox"/>	Fax-Nr.*	k.A. <input type="checkbox"/>	

### Art der Einrichtung\*

<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Ambulanz
<input type="checkbox"/> Institutsambulanz	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte benennen)	
Schwerpunkt der Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Klientel: Erwachsene (zu wie viel Prozent?)	<input type="checkbox"/> Klientel: Kinder/Jugendliche (zu wie viel Prozent?)

Durchschnittliche Anzahl der Patienten/Klienten pro Quartal	
Anzahl dieser mit Traumafolgestörungen (durchschnittlich pro Quartal)	
Freie Kapazitäten für Notfallpatienten? Wenn ja, für wie viele?	

### Ansprechpartner:

--

**Art und Schwerpunkt der Behandlung/Beratung\*:**

**Art der Hilfestellung\***

<input type="checkbox"/>	Notfall/Krisenintervention	<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiterische Betreuung/Hilfestellung
<input type="checkbox"/>	Ambulante Therapie	<input type="checkbox"/>	Stationäre Therapie
<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Teilstationäre Therapie
<input type="checkbox"/>	Tagesklinik		
<input type="checkbox"/>	Sonstige (bitte benennen)		

**Angaben über die Mitarbeiter, Fachrichtung (bitte Anzahl angeben)**

<input type="checkbox"/>	Ärzte	<input type="checkbox"/>	ErzieherInnen/PädagogInnen
<input type="checkbox"/>	PsychologInnen	<input type="checkbox"/>	Bewegungs-/KörpertherapeutInnen
<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiter/-PädagogInnen	<input type="checkbox"/>	ErgotherapeutInnen
<input type="checkbox"/>	Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	Kunst-/MusiktherapeutInnen
<input type="checkbox"/>	Sonstige (bitte benennen)		

**Therapieausrichtung\***

<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie/Beratung
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	integrativ
<input type="checkbox"/>	Sonstige (bitte benennen, auch bei integrativer Arbeitsweise bitte einzeln aufzählen):		

**Zusatzausbildung (Bitte auch Zertifizierungen (nach DeGPT, OPK, EMDRIA etc.) angeben, falls vorhanden)**

<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>	Familientherapie
<input type="checkbox"/>	Traumatherapie	<input type="checkbox"/> mit Zertifizierung OPK <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung DeGPT <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung EMDRIA	<input type="checkbox"/> Traumatherapie Kinder & Jugend <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung OPK <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung DeGPT <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung EMDRIA
<input type="checkbox"/>	EMDR	<input type="checkbox"/> mit Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Paartherapie
<input type="checkbox"/>	Akut-Traumatherapie	<input type="checkbox"/> mit Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Gruppenpsychotherapie
<input type="checkbox"/>	Traumatherapie, sonstige	<input type="checkbox"/> mit Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Sexualtherapie
	Ggf. welche Zertifizierung?		
<input type="checkbox"/>	Sonstige (bitte benennen, z.B. Art der Traumausbildung: KRest, KIT etc.; andere Verfahren z.B. AT, PMR):		

**Angebote für Täter\*:** (z.B. Tätertherapie etc.)

**Anmerkungen** (z.B. Forschung, Dokumentation, Ausbildungsangebote, Kooperationen, sonstiges):

**Wir bedanken uns für Ihre Kooperation und stehen Ihnen für weitere Fragen, Anregungen etc.  
jederzeit gerne zur Verfügung!**

Hinweis: Mit Einreichen dieses Formulars beim Traumanetz Sachsen erklären Sie sich dazu bereit, dass Ihre eingetragenen Daten in der Therapeuten-Datenbank auf der Website [www.traumanetz-sachsen.de](http://www.traumanetz-sachsen.de) veröffentlicht werden. Sie können Ihre Daten jederzeit ändern lassen (bei Umzug o.ä.). Sie können Ihre Daten jederzeit löschen lassen. Senden Sie uns dazu eine Nachricht über das Kontaktformular der Website, alternativ eine E-Mail an [kontakt@traumanetz-sachsen.de](mailto:kontakt@traumanetz-sachsen.de).