

Fragebogen I – Ärztliche & Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten



Traumanetz
Seelische Gesundheit

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 veröffentlicht. Sollten Sie das nicht wünschen, kennzeichnen Sie dies bitte. Sie können auch nur Teile Ihrer Daten veröffentlichen lassen.

Sind Sie in die Traumarbeit 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

Persönliche Angaben

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

Name*	k.A. <input type="checkbox"/>		Titel*	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"/>	
Geschlecht*	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich		
Sprachen*				

Durchschnittliche Wartezeit (falls einschätzbar)*	
Durchschnittliche Anzahl von Patienten pro Quartal	
Anzahl der behandelten Traumapatienten (durchschnittlich pro Quartal)	

Freie Kapazitäten für Notfallpatienten*

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

Therapieausrichtung*

Verhaltenstherapie Gesprächspsychotherapie
 Tiefenpsychologische Psychotherapie Systemische Therapie
 Analytische Psychotherapie

<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen, auch bei integrativer Arbeitsweise bitte einzeln aufzählen):	
<input type="checkbox"/> Klientel: Erwachsene (zu wie viel Prozent?)	<input type="checkbox"/> Klientel: Kinder/Jugendliche (zu wie viel Prozent?)

An die ärztlichen Kollegen

Zu wie viel Prozent Ihrer Arbeit sind sie psychotherapeutisch tätig?

Kassenzulassung*

Ja Nein

Sondervereinbarung mit

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 Ggf. welche Zertifizierung?	<input type="checkbox"/> Sexualtherapie
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen, z.B. Art der Traumausbildung: KRest, KIT etc.; andere Verfahren z.B. AT, PMR):	

Art der Hilfestellung*

<input type="checkbox"/> Notfall/Krisenintervention	<input type="checkbox"/> Beratung
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen)	

Angebote für Täter*: (bitte benennen; z.B. Tätertherapie etc.)

Welchen Schwerpunkt hat Ihre Praxis (bitte benennen; z.B. Angst, Depression 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 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.