

Befragungsbogen zur Aufnahme in die internetbasierte Datenbank des Traumanetz Seelische Gesundheit

Das Traumanetz Seelische Gesundheit ist eine internetbasierte Informationsplattform, mit dem Ziel, betroffenen Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen den Zugang zu bedarfsgerechten Hilfsangeboten zu erleichtern und Einrichtungen mit (traumabezogenen) Beratungs- und Behandlungsangeboten sachsenweit zu vernetzen.

Für die Erstellung einer umfassenden Datenbank in Sachsen benötigen wir Ihre Angaben.

Falls Ihre Einrichtung mehrere Untereinrichtungen beinhaltet, teilen Sie uns die entsprechenden Angebote bitte in separaten Fragebögen mit.

Lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen ganz einfach per Mail zukommen. Vielen Dank!



Traumanetz
Seelische Gesundheit

Art der Einrichtung

- Beratungsstelle
- SER-Traumaambulanz
- Rechtsmedizin
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Selbsthilfegruppen
- Schutzeinrichtungen
- Ambulanzen
- (teil-) stationäre Angebote
- Weitere ambulante Angebote
- Sonstige: _____

- Psychosomatische Institutsambulanz (PSIA)
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Hochschulambulanz/Ermächtigungsambulanz
- SER-Traumaambulanz

- Klinik/stationär
- Tagesklinik/teil-stationär
- Reha-Einrichtung/stationär + ambulant

- Psychotherapeutische Praxis für Kinder & Jugendliche
- Psychotherapeutische Praxis für Erwachsene
- Praxis anderer Fachrichtungen

Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung des Eintrages (der Einrichtung oder Einzelperson)	
Ansprechperson	
Geschlecht bei Einzelpersonen	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe
Adresse	
E-Mail	
Tel.-Nr.	Hauptnummer
	Ggf. weitere Nummern
	Anmerkungen (z.B. Erreichbarkeit)
Website	

Schwerpunkte Ihrer Einrichtung

Welche der folgenden Themen spielen im Beratungs- oder Behandlungsangebot Ihrer Einrichtung eine wichtige Rolle?

- Migration
- Gewalttat
- Täterschaft
- Schwangerschaft/Peripartalzeit
- Unfall
 - in der Freizeit
 - Arbeits- und Wegeunfall
 - Verkehrsunfall

- Raubüberfall
- häusliche Gewalt/ Partnerschaftsgewalt
- Sexualisierte Gewalt
- Gewalt im institutionellen Kontext
- politisch motivierte Gewalt
- Menschenhandel
- Stalking
- Psychische Gewalt
- Terror
- Weitere traumatische Ereignisse:

Befragungsbogen zur Aufnahme in die internetbasierte Datenbank des Traumanetz Seelische Gesundheit

Zielgruppe der Einrichtung

- Kinder und Jugendliche
- Erwachsene

Besonderheiten Ihrer Einrichtung

- Arbeit mit Sprachmittlung/Dolmetscher
- Arbeit mit Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigung
- Arbeit mit queeren Menschen
- Sonstige: _____

Beratungs- und Behandlungsangebote

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Soziale Beratung |
| <input type="checkbox"/> Krisenintervention | <input type="checkbox"/> Rechtsberatung |
| <input type="checkbox"/> Musiktherapie | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftskonfliktberatung |
| <input type="checkbox"/> Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Paar- und Eheberatung |
| <input type="checkbox"/> Körper- und Bewegungstherapie | <input type="checkbox"/> Familienberatung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Traumazentrierte Fachberatung |
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale Prozessbegleitung | |

Grund- bzw. Fachausbildung des Personals der Einrichtung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin* |
| <input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin mit Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin | <input type="checkbox"/> Approbation nach Master Klinische Psychologie/Psychotherapie (PsychThG 2019) sowie Fachpsychotherapeut:innenprüfung nach der Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Weitere Facharzt Ausbildung in _____
(z.B. Gynäkologie, Zahnmedizin) |
| <input type="checkbox"/> Approbation nach Master Klinische Psychologie/Psychotherapie (PsychThG 2019) sowie Fachpsychotherapeut:innenprüfung nach der Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker:in |
| <input type="checkbox"/> Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in | <input type="checkbox"/> Spezialtherapie (Kunst-, Körper-, Musiktherapie) |
| <input type="checkbox"/> Approbation/Anerkennung als ärztliche/r oder psychologische/r Psychotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Physio- und Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Soziale Arbeit und Sozialpädagogik |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflege |
| | <input type="checkbox"/> Hebamme/Geburtspflegehelfer |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Zusatzausbildung des Personals der Einrichtung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Traumafokussierte Verfahren |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (Erwachsene) | <input type="checkbox"/> EMDR* |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung OPK | <input type="checkbox"/> NET* |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung DeGPT | <input type="checkbox"/> IRRT* |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung EMDRIA | <input type="checkbox"/> TF-KVT* |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung Ärztekammer | <input type="checkbox"/> Traumapädagogik und/oder Traumafachberatung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zertifizierung: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige Angebote (z.B. AT, PMR): _____ |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (Kinder und Jugendliche) | |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung OPK | |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung DeGPT | |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung EMDRIA | |
| <input type="checkbox"/> mit Zertifizierung Ärztekammer | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zertifizierung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Akut-Traumatherapie | |

EMDR = Eye Movement Desensitization & Reprocessing
NET = Narrative Expositionstherapie
TF-KVT = trauma-fokussierte kognitive Verhaltens-therapie
IRRT = Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy
AT = Autogenes Training
PMR = Progressive Muskelrelaxation

Befragungsbogen zur Aufnahme in die internetbasierte Datenbank des Traumanetz Seelische Gesundheit

Therapieausrichtung und Zulassung zur Versorgung

(Nur auszufüllen, wenn Sie psychologische oder ärztliche (Kinder und Jugendlichen-) Psychotherapie anbieten!):

Therapieausrichtung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Zulassung zur Versorgung im Rahmen von:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Kommunalen Sozialverband (KSV) – SER |
| <input type="checkbox"/> Privatzahlung | <input type="checkbox"/> Sondervereinbarung (z.B. Ermächtigung) |
| <input type="checkbox"/> Unfallkasse (BG) | |

Optionale Beschreibung Ihrer Einrichtung

(z.B. Öffnungszeiten, Auszug aus Flyer oder Website)

Mitgliedschaft im Förderverein Traumanetz Seelische Gesundheit e.V.

- Ich bin bereits Mitglied.
- Ich habe Interesse an einer Mitgliedschaft.

Weitere Anmerkungen: _____

Einwilligungserklärung:

- Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Daten und stimme der Veröffentlichung der Daten auf www.traumanetz-sachsen.de zu.

Sie können Ihre Daten jederzeit ändern (bei Umzug o.ä.) oder löschen lassen. Senden Sie uns dazu bitte eine Nachricht über das Kontaktformular der Website oder alternativ eine Mail an kontakt@traumanetz-sachsen.de

Wir behalten uns vor, Ihre Daten zu verifizieren und ggf. nicht in die Datenbank aufzunehmen bzw. ohne Angabe von Gründen zu löschen.

Eingereicht am: _____ Eingereicht von: _____