

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!



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	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ 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
- ☐ Weitere traumatische Ereignisse:

- ☐ Raubüberfall
- ☐ häusliche Gewalt/ Partnerschaftsgewalt
- ☐ Sexualisierte Gewalt
- ☐ Gewalt im institutionellen Kontext
- ☐ politisch motivierte Gewalt
- ☐ Menschenhandel
- ☐ Stalking
- ☐ Psychische Gewalt
- ☐ Terror

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

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Psychotherapie☐ Gruppentherapie☐ Krisenintervention☐ Musiktherapie☐ Kunsttherapie☐ Körper- und Bewegungstherapie☐ Ergotherapie☐ Soziotherapie☐ Psychosoziale Prozessbegleitung | <ul style="list-style-type: none">☐ Soziale Beratung☐ Eingliederungshilfe nach SGB IX☐ Rechtsberatung☐ Schwangerschaftskonfliktberatung☐ Paar- und Eheberatung☐ Familienberatung☐ Traumazentrierte Fachberatung☐ Sonstige: _____ |
|---|---|

Grund- bzw. Fachausbildung des Personals der Einrichtung

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in☐ Approbation als Arzt/Ärztin mit Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin☐ Approbation als Arzt/Ärztin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie☐ Approbation nach Master Klinische Psychologie/Psychotherapie (PsychThG 2019) sowie Fachpsychotherapeut:innenprüfung nach der Weiterbildung☐ Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in☐ Approbation/Anerkennung als ärztliche/r oder psychologische/r Psychotherapeut/in☐ Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | <ul style="list-style-type: none">☐ Approbation als Arzt/Ärztin und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin*☐ Approbation nach Master Klinische Psychologie/Psychotherapie (PsychThG 2019) sowie Fachpsychotherapeut:innenprüfung nach der Weiterbildung☐ Weitere Facharztausbildung in _____
(z.B. Gynäkologie, Zahnmedizin)☐ Heilpraktiker:in☐ Spezialtherapie (Kunst-, Körper-, Musiktherapie)☐ Physio- und Ergotherapie☐ Soziale Arbeit und Sozialpädagogik☐ Gesundheits- und Krankenpflege☐ Hebamme/Geburtspflegehelfer☐ Sonstige: _____ |
|---|---|

Zusatzausbildung des Personals der Einrichtung

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Keine☐ Traumatherapie (Erwachsene)<ul style="list-style-type: none">☐ mit Zertifizierung OPK☐ mit Zertifizierung DeGPT☐ mit Zertifizierung EMDRIA☐ mit Zertifizierung Ärztekammer☐ Sonstige Zertifizierung: _____☐ Traumatherapie (Kinder und Jugendliche)<ul style="list-style-type: none">☐ mit Zertifizierung OPK☐ mit Zertifizierung DeGPT☐ mit Zertifizierung EMDRIA☐ mit Zertifizierung Ärztekammer☐ Sonstige Zertifizierung: _____☐ Akut-Traumatherapie | <ul style="list-style-type: none">☐ Traumafokussierte Verfahren<ul style="list-style-type: none">☐ EMDR*☐ NET*☐ IRR*☐ TF-KVT*☐ Traumapädagogik und/oder Traumafachberatung☐ Sonstige Angebote (z.B. AT, PMR): _____ |
|---|---|

EMDR = Eye Movement Desensitization & Reprocessing
NET = Narrative Expositionstherapie
TF-KVT = trauma-fokussierte kognitive Verhaltens-therapie
IRR* = 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

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologische Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie

- ☐ Gesprächspsychotherapie
- ☐ Systemische Therapie
- ☐ Sonstige

Zulassung zur Versorgung im Rahmen von:

- ☐ gesetzliche Krankenversicherung
- ☐ Privatzahlung
- ☐ Unfallkasse (BG)

- ☐ Kommunalen Sozialverband (KSV) – SER
- ☐ Sondervereinbarung (z.B. Ermächtigung)

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: _____