



Fragebogen für Therapeutinnen und Therapeuten

Voraussetzung für die Aufnahme auf die Therapeutenliste ist die Mitgliedschaft im Verein

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Internet _____

1. Sie sind

- Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärztliche/r PsychotherapeutIn mit Kassenzulassung
- Ärztliche/r PsychotherapeutIn ohne Kassenzulassung
- Psychologische/r PsychotherapeutIn mit Kassenzulassung
- Psychologische/r PsychotherapeutIn ohne Kassenzulassung
- Dipl. PsychologIn ohne Approbation
- HeilpraktikerIn für Psychotherapie
- HeilpraktikerIn
- Kinder- und JugendpsychotherapeutIn
- Andere, und zwar _____

2. Therapeutische Ansätze

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Verhaltenstherapie
- Hypnotherapie
- Gestalttherapie
- Systemische Therapie
- Körperorientierte Verfahren: _____
- Andere therapeutische Verfahren: _____

3. Behandeln Sie Patientengruppen mit Komorbidität oder zusätzlichen Beeinträchtigungen? (z.B. Sucht, Alter, Behinderungen)

- Ja, und zwar: _____
- Nein

4. Können Sie über die gesetzliche Krankenkasse abrechnen?

- Ja, Erwachsene



- Ja, Kinder/Jugendliche
- Nein

5. Führen Sie eine Warteliste?

- Ja
- Nein

6. Wie lange sind die Wartezeiten in der Regel?

- unter drei Monaten
- 3 – 6 Monate
- über 6 Monate

7. Bieten Sie zeitnah Erstgespräche zur Abklärung an?

- Ja
- Nein

8. Wie ist Ihr Vorgehen zur Therapieplatzvergabe?

9. Wie lange arbeiten Sie schon insgesamt psychotherapeutisch?

Seit _____ Jahren

10. In welchen traumatherapeutischen Methoden sind Sie ausgebildet?

- Noch keine Ausbildung
- Imaginative Verfahren (incl. PITT)
- EMDR
- KREST
- Strukturelle Dissoziation
- Andere: _____

11. Verfügen Sie über die Qualifikation Spezielle Psychotraumatologie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)?

- 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

TraumaHilfe Zentrum Nürnberg e.V.

Netzwerk für Fachleute und Betroffene • Aufklärung und Fortbildung über
Traumatisierung und deren psychische/psychosomatische Folgen •
Information über Hilfe, Beratung und Therapie



14. Behandeln Sie PatientInnen mit

- Akuttrauma
- Monotrauma
- Komplexen Traumata

15. Arbeiten Sie mit Angehörigen von Traumatisierten?

- Ja
- Nein

16. Arbeiten Sie mit Einsatzkräften?

- Ja
- Nein

17. Bieten Sie Therapie in Fremdsprachen an?

- Ja, und zwar: _____
- Nein

18. Gebärdensprache?

- Ja
- Nein

19. Kooperieren Sie mit DolmetscherInnen/ ÜbersetzerInnen?

- Ja
- Nein

20. Arbeiten Sie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?

- Ja
- Nein

21. Sind Ihre Räume mit dem Rollstuhl zugänglich?

- Ja
- Nein

22. Sind Sie damit einverstanden, dass wir KlientInnen an Sie verweisen?

- Ja
- Nein

23. Auf welche Weise sollen die KlientInnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen?

TraumaHilfe Zentrum Nürnberg e.V.

Glockenhofstr. 47
90478 Nürnberg

kontakt@thzn.org
www.thzn.org

0176 – 44 75 20 20

Bankverbindung :

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto-Nr. 000 38 53 705
BLZ 300 606 01
IBAN DE 20 300 6060 1000 38 53 705

TraumaHilfe Zentrum Nürnberg e.V.

Netzwerk für Fachleute und Betroffene • Aufklärung und Fortbildung über
Traumatisierung und deren psychische/psychosomatische Folgen •
Information über Hilfe, Beratung und Therapie



- per Telefon
- per E-Mail

24. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Adresse in Fachkreisen weitergeben?

- Ja
- Nein

25. Sind Sie an kollegialem Austausch und fachspezifischen Fortbildungen interessiert?

- Ja
- Nein

26. Möchten Sie in die Mailing-Liste des TraumaHilfeZentrums Nürnberg e.V. (THZN) aufgenommen werden?

- Nein
- Ja. E-Mail-Adresse: _____

27. Bieten Sie traumaspezifische Fortbildungen an?

- Nein
- Ja, und zwar _____

28. Sind Sie an einer aktiven Mitarbeit im Verein TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V. (THZN) interessiert?

- Ja, und zwar _____
- Nein, zur Zeit nicht
- Nein grundsätzlich nicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen dieses ausführlichen Fragebogens gemacht haben. Ihre Informationen helfen uns sehr. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und nur mit Ihrem Einverständnis an Dritte weitergegeben werden.
Bitte schicken Sie ihn recht bald an uns.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Internet auf www.THZN.org in der regionalen TherapeutInnen-Liste veröffentlicht werden. Dies kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

TraumaHilfe Zentrum Nürnberg e.V.

Glockenhofstr. 47
90478 Nürnberg

kontakt@thzn.org
www.thzn.org

0176 – 44 75 20 20

Bankverbindung :

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto-Nr. 000 38 53 705
BLZ 300 606 01
IBAN DE 20 300 6060 1000 38 53 705