

## Traumanetz Angebotsformular Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut\*innen

Die Bearbeitung der Angebotserfassung von Psychotherapeut\*innen dauert in der Regel nicht länger als 10 Minuten. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes durch Anklicken an bzw. beantworten Sie die Fragen in den Textfeldern in schriftlicher Form.

Die Daten werden von traumanetz-berlin veröffentlicht. Ihre Angaben werden damit im Rahmen einer Angebotsübersicht für andere Fachkräfte und für Betroffene nutzbar. Wenn Sie einzelne Antworten nicht veröffentlichen möchten, lassen Sie die entsprechende Frage bitte unbeantwortet. Sie können Ihre Zustimmung zur Veröffentlichung jederzeit widerrufen (Kontakt: [traumanetz@signal-intervention.de](mailto:traumanetz@signal-intervention.de)). Für weitere Informationen zum Umgang mit Ihren Daten: <https://traumanetz.signal-intervention.de/datenschutz>.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung, die im Ergebnis gewaltbetroffenen Frauen und ihren Kindern zugutekommen soll.

Für Rückfragen stehen wir gerne telefonisch (030 – 54 61 71 11) oder persönlich zur Verfügung (Fachstelle Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e. V., Gottschalkstr. 8, 13359 Berlin).

## **1. Persönliche Angaben**

Vor- und Nachname

Titel

Praxisadresse

E-Mail

Homepage

Telefonnummer

Faxnummer

Was ist Ihr Geschlecht?

- weiblich
- männlich
- divers

## 2. Angaben zu Rahmenbedingungen und Angeboten Ihrer therapeutischen Praxis

### 2.1. Therapieausrichtung und Anwendungsform (Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie: <b>Einzel</b> therapie                     | <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie: <b>Gruppentherapie</b>                     | <input type="checkbox"/> Gestalttherapie         |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: <b>Einzel</b> therapie | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie          |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: <b>Gruppentherapie</b> | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie           |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie: <b>Einzel</b> therapie             | <input type="checkbox"/> Familientherapie        |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie: <b>Gruppentherapie</b>             | <input type="checkbox"/> Paartherapie            |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie   |  |

sonstiges (bitte angeben)

### 2.2. Abrechnungsmöglichkeiten (Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsmöglichkeit im Zuge einer Kassenzulassung                    | <input type="checkbox"/> Abrechnungsmöglichkeit mit Berufsgenossenschaft |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsmöglichkeit durch Kostenerstattungsverfahren                 | <input type="checkbox"/> Privatzahlung                                   |
| <input type="checkbox"/> Abrechnungsmöglichkeit durch eine Sonderermächtigung zur Psychotherapie |  |

### 2.3. Fortbildung in Traumatherapie (Bitte auch Zertifizierung angeben, falls vorhanden)

(Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> EMDR (mit Zertifizierung EMDRIA) |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (mit Zertifizierung DeGPT)                          | <input type="checkbox"/> EMDR (mit KV-Anerkennung)        |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (mit sonstiger Zertifizierung, bitte unten angeben) |   |

sonstiges (bitte benennen, z. B.: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT; Narrative Expositionstherapie NET; Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie KRest)

### 2.4. Bieten Sie traumatherapeutische Gruppen an?

- nein
- ja

Wenn ja, nach welcher Therapieausrichtung bieten Sie traumatherapeutische Gruppen an (Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten)?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie                     | <input type="checkbox"/> Gestalttherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie | <input type="checkbox"/> Körpertherapie  |
| <input type="checkbox"/> Analytische Therapie                   | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie  |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie                   | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie   |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte angeben)              |  |

2.5. Zugangswege: Wie können Patient\*innen Kontakt mit Ihnen aufnehmen (Mehrauswahl möglich)?

Telefonisch mit  
persönlicher Erreichbarkeit  
in der Zeit von ... bis ...  
(bitte Wochentag und  
Uhrzeit angeben):

Telefonisch per  
Anrufbeantworter und mit  
Rückruf mit einer  
durchschnittlichen  
Antwortdauer von ... (bitte  
Stunden und ggf. Tage  
angeben):

Per E-Mail mit einer  
durchschnittlichen  
Antwortdauer von ... (bitte  
Stunden und ggf. Tage  
angeben):

2.6. Hat Ihre Praxis einen/mehrere Schwerpunkt/e?

- nein  
 ja

Wenn ja, welchen Schwerpunkt hat Ihre Praxis (Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung  | <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung            |
| <input type="checkbox"/> Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung   | <input type="checkbox"/> Depression                   |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störungen  | <input type="checkbox"/> Somatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Borderline Persönlichkeitsstörung   | <input type="checkbox"/> Essstörungen                 |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen und -merkmale<br>(Negative Affektivität, Distanziertheit,<br>Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus) | <input type="checkbox"/> Substanzgebrauchsstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Angststörungen  | <input type="checkbox"/> Substanzabhängigkeit         |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte angeben)   |   |

2.7. Arbeiten Sie ausschließlich bzw. hauptsächlich als ...

- Psychotherapeut\*in im Erwachsenenbereich
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in

2.8. Sind bei Ihnen Frauen in Therapie, die aufgrund von langjähriger bzw. schwerwiegender Gewalterfahrung psychische Gesundheitseinschränkungen erleben?

- nein
- ja

2.9. Wenden Sie in Ihrer Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen weitere Methoden an, z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Musiktherapie, tiergestützte Therapie etc.? Wenn ja, welche:

2.10. In welchen weiteren Sprachen neben Deutsch können Sie eine Therapie für gewaltbetroffene Frauen anbieten?

2.11. Arbeiten Sie mit gewaltbetroffenen Frauen mit körperlicher Behinderung und/oder kognitiven Einschränkungen?

- nein
- ja

2.12. Ist der Zugang zu Ihren Therapieräumen barrierefrei gestaltet?

Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

- nein  ja
- Wenn ja, wie?

2.14. Sind Ihre Sanitäreinrichtungen barrierefrei ausgestattet nach DIN A 18040?

nein

ja

Wenn ja, wie?

2.15. Bieten Sie Verständigungshilfen an? (Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten)

keine

Gebärdensprache

leichte Sprache

Arbeit mit Dolmetscher\*innen

sonstiges (bitte angeben)

2.16. Sind Sie für das Thema Gewalt in der Geburtshilfe sensibilisiert?

nein

ja

2.17. Stellen Sie Angebote für gewaltausübende Personen bereit?

nein

ja

Falls ja, Angebote bitte benennen, z.B. Anti-Aggressionstraining etc.

### **3. Ihre Anliegen an das Traumanetz Berlin**

3.1. Ihre Wünsche an das Traumanetz Berlin:

3.2. Möchten Sie über aktuelle Entwicklungen und Informationen bzgl. des Traumanetzes Berlin per E-Mail informiert werden?

ja

nein