

Ambulante therapeutische Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen und ihrer Kinder

Die Bearbeitung der folgenden Angebotserfassung 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 auf der Homepage www.signal-intervention.de/fachstelle-traumanetz 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). Für weitere Informationen zum Umgang mit Ihren Daten: <https://www.signal-intervention.de/Datenschutz> und <https://www.surveymonkey.de/mp/legal/privacy-policy/>.

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

Für Rückfragen stehen wir gerne telefonisch (030 – 46 90 25 90) oder persönlich zur Verfügung (Fachstelle Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e. V., Sprengelstr. 15, 13553). Die Fachstelle Traumanetz Berlin in Trägerschaft von S.I.G.N.A.L. e. V. wird gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung.

1. Persönliche Angaben

Name

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: Einzel therapie | <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie: Gruppen therapie | <input type="checkbox"/> Körpertherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: Einzel therapie | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: Gruppen therapie | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie: Einzel therapie | <input type="checkbox"/> Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie: Gruppen therapie | <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 nach § 2 AsylbLG | |

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"/> Gesprächspsychotherapie |
| <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"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Somatoforme Schmerzstörung |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störung | <input type="checkbox"/> Essstörung |
| <input type="checkbox"/> Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung | <input type="checkbox"/> Missbrauch psychotroper Substanzen |
| <input type="checkbox"/> Angst | <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

3. Kinder gewaltbetroffener Frauen

Für Kinder kann das Leben mit einer psychisch hoch belasteten Mutter sehr herausfordernd sein. Zudem ist eine mögliche Belastung durch das Miterleben von häuslicher Gewalt zu berücksichtigen. Alle nachfolgenden Fragen beziehen sich auf diese Kinder gewaltbetroffener Frauen (und nicht auf Kinder und Jugendlichen als Patient*innen im Allgemeinen), die jemals bei Ihnen eine Therapie gemacht haben bzw. die sich aktuell bei Ihnen in Therapie befinden.

3.1. Sind bei Ihnen Kinder von gewaltbetroffenen Frauen in Therapie?

nein

ja

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

3.3. In welchen weiteren Sprachen neben Deutsch können Sie eine Therapie für Kinder gewaltbetroffener Frauen anbieten?

3.4. Arbeiten Sie mit Kindern gewaltbetroffener Frauen mit körperlicher Behinderung und/oder kognitiven Einschränkungen?

nein

ja

3.5. 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?

3.6. Sind Ihre Therapieräume barrierefrei nach DIN A 18040?

nein

ja

Wenn ja, wie?

3.7. Sind Ihre Sanitäranlagen barrierefrei gestaltet nach DIN A 18040?

nein

ja

Wenn ja, wie?

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

keine

Gebärdensprache

leichte Sprache

sonstiges (bitte angeben)

4. Ihre Anliegen an das Traumanetz Berlin

4.1. Ihre Wünsche an das Traumanetz Berlin:

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

ja

nein