



**Traumanetz Berlin**

Psychische Gesundheit gewaltbetroffener Frauen stärken

**Fachstelle Traumanetz Berlin**

Gottschalkstr. 8 · 13359 Berlin

Fon (030) 54 61 71 11

Fax (030) 54 61 71 46

[traumanetz@signal-intervention.de](mailto:traumanetz@signal-intervention.de)

[traumanetz.signal-intervention.de](http://traumanetz.signal-intervention.de)

## Angebotsformular für 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 auf der [Homepage vom 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)). Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren Daten finden Sie unter: [www.traumanetz.signal-intervention.de/datenschutz](http://www.traumanetz.signal-intervention.de/datenschutz).

Mit der Veröffentlichung Ihrer Daten stimmen Sie gleichzeitig den [Acht Grundsätzen des Traumanetz Berlin](#) zu und bestätigen, dass Sie mit Frauen\*, die aufgrund von langjähriger bzw. schwerwiegender Gewalterfahrung psychische Gesundheits Einschränkungen erleben, im Rahmen einer Therapie zusammenarbeiten.

Für Rückfragen stehen wir gerne telefonisch (030-54 61 71 11) oder schriftlich ([traumanetz@signal-intervention.de](mailto:traumanetz@signal-intervention.de)) zur Verfügung.



**S.I.G.N.A.L. e.V.**

Intervention im Gesundheitsbereich  
gegen häusliche und sexualisierte Gewalt

Spendenkonto:

IBAN: DE29 3702 0500 0003 2171 00

BIC: BFSWDE33BER · Bank für Sozialwirtschaft

## 1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:

Titel:

Praxisadresse:

E-Mail:

Homepage:

Telefonnummer:

Faxnummer:

Was ist Ihr Geschlecht?

- Weiblich
- Männlich
- Divers
- Keine Angabe

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

*Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten (Mehrfachauswahl möglich).*

### 2.1. Therapieausrichtung und Anwendungsform

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie                     | <input type="checkbox"/> Gestalttherapie            |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie             |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie             | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie              |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie                   | <input type="checkbox"/> Familientherapie           |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie                | <input type="checkbox"/> Paartherapie               |
| <input type="checkbox"/> Körpertherapie                         | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): |

### 2.2. Abrechnungsmöglichkeiten

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kassenzulassung                       | <input type="checkbox"/> Beihilfe                           |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattungsverfahren            | <input type="checkbox"/> Dt. Gesetzliche Unfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> Sonderermächtigung zur Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendhilfe            |
| <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft                  | <input type="checkbox"/> Fonds Sexueller Missbrauch         |
| <input type="checkbox"/> Privatzahlung                         | <input type="checkbox"/> Soziales Entschädigungsrecht       |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse                  | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):         |

### 2.3. Fortbildung in Traumatherapie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine   | <input type="checkbox"/> EMDR (mit Zertifizierung EMDRIA/DeGPT) |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (mit Zertifizierung DeGPT)   | <input type="checkbox"/> EMDR (mit KV-Anerkennung)              |
| <input type="checkbox"/> Traumatherapie (mit sonstiger Zertifizierung, bitte unten angeben)  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben, z. B. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT, Narrative Expositionstherapie NET, Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie Krest): |   |

## 2.4. Bieten Sie traumatherapeutische Gruppen an?

- Ja  
 Nein

Wenn ja, nach welcher Therapieausrichtung bieten Sie traumatherapeutische Gruppen an?

- |   |   |
|---|---|
| <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"/> Gesprächspsychotherapie                | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): |

## 2.5. Hat Ihre Praxis einen oder mehrere Schwerpunkt/e?

- Ja  
 Nein

Wenn ja, welchen Schwerpunkt hat Ihre Praxis?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung  | <input type="checkbox"/> Bipolare Störungen           |
| <input type="checkbox"/> Kompl. Posttraumatische Belastungsstörung   | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung                |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störungen  | <input type="checkbox"/> Essstörungen                 |
| <input type="checkbox"/> Borderline Persönlichkeitsstörung   | <input type="checkbox"/> Substanzgebrauchsstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Angststörungen  | <input type="checkbox"/> Substanzabhängigkeit         |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung   | <input type="checkbox"/> Geschlechtsinkongruenz       |
| <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Schlaf-Wach-Störungen        |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie/primär psychotische Störungen   | <input type="checkbox"/> Somatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung   |   |
| <input type="checkbox"/> Zustände im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit   |   |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen/-merkmale (Negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus) |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):  |   |

2.6. Haben Sie bereits Erfahrung in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen\* mit körperlicher Behinderung und/oder kognitiver Einschränkung?

- Ja  
 Nein

2.7. Wenden Sie in Ihrer Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen\* weitere Methoden an (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Musiktherapie, Tiergestützte Therapie etc.)? Wenn ja, welche:

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

2.9. 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.

- Ja  
 Nein

Wenn ja, wie? Bitte angeben:

2.10. Welche Verständigungshilfen bieten Sie an?

- Keine  Gebärdensprache  
 Leichte Sprache  Arbeit mit Dolmetscher\*innen  
 Sonstiges (bitte angeben):

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

- Ja  
 Nein

2.12. Stellen Sie Angebote für gewaltausübende Personen bereit?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? Bitte angeben:

### 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 Traumanetz Berlin per E-Mail informiert werden?

Ja (Zustimmung zur Nutzung Ihrer E-Mail für diesen Zweck)

Nein