



# FRAGEBOGEN ZU IHRER SPEZIELLEN TRAUMATHERAPEUTISCHEN QUALIFIKATION

## In folgenden traumatherapeutischen Methoden habe ich eine Ausbildung abgeschlossen:

- EMDR                       KIDNET                       Tf-KBT  
 PITT                         MPTT                         anderes traumatherap. Verfahren\*: \_\_\_\_\_  
 PITT-KID                     MPTT-KJ                     Keine

\* Sollte das Verfahren durch die DeGPT nicht anerkannt sein, bitten wir Sie, uns im u. s. Feld „Weitere Info“ Auskunft über Inhalt und Umfang Ihrer Weiterbildung zu nennen, um so die Aufnahme Ihres Behandlungsangebots in unsere Liste prüfen zu können.

## Ich behandle Kinder u. Jugendliche traumatherapeutisch:

- akut  
 mit Wartezeit (Dauer ca. \_\_\_\_\_ )  
 Langzeitbehandlung  
 regelmäßig                       selten

## Ich behandle Erwachsene traumatherapeutisch:

- akut  
 mit Wartezeit (Dauer ca. \_\_\_\_\_ )  
 Langzeitbehandlung  
 regelmäßig                       selten

## Ich habe eine Approbation als:

- Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
 Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Facharzt/ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Psychotherapeutische Medizin (vor 2003)  
 mit Zusatzausbildung: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
 Psychologische/r Psychotherapeut/in  
 mit Zusatzausbildung: Fachkundenachweis für Kinder und Jugendliche  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Ich arbeite grundsätzlich mit Dolmetschern:  ja  nein

## Ich habe eine Genehmigung zur Kassenabrechnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung:

- Erwachsene     Kinder- und Jugendliche

## Ich arbeite auf privater Verrechnungsbasis (Selbstzahler, private Krankenversicherer, etc.):

- Erwachsene     Kinder- und Jugendliche

Weitere  
Info:

## Meine aktuelle Praxisadresse ist:

(Um eine schnelle und fehlerfreie Übertragung Ihrer Adressdaten in unsere Liste zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Felder komplett auszufüllen / wenn handschriftlich, bitte in Druckbuchstaben.)

Titel/Studium\*: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\* Bitte unbedingt mit angeben

## Einverständniserklärung:

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Ankerland e.V. meine Daten ausschließlich an Ratsuchende, die sich an Ankerland e.V. gewandt haben, weitergibt. Der Weitergabe meiner Daten durch Ankerland e.V. zu kommerziellen und/oder gewerblichen Zwecken stimme ich nicht zu!