

Absender (bitte ausfüllen)

**Psychotherapeutensuche auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de
Fragebogen zu Spezialisierungen**

Um die Suchergebnisse für Patienten und Ratsuchende zu optimieren und eine detaillierte Übersicht Ihrer Spezialisierungen anbieten zu können, möchten wir Sie bitten, auf den nächsten Seiten Ihre Angaben zu machen. Die Psychotherapeutensuche soll zukünftig auch Angaben darüber enthalten, ob die Leistungen als Bestandteil der GKV abrechenbar bzw. privat zu bezahlen sind. Außerdem wird eine Suche nach Namen und Postleitzahlen möglich sein. Gerne können wir einen Link zu Ihrer Homepage mit aufnehmen.

1. Therapieverfahren

Ich verfüge über eine Zulassung bzw. Sonderbedarfszulassung/Ermächtigung/Abrechnungsgenehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung für das/die Verfahren (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

	für Erwachsene	für Kinder und Jugendliche
Analytische Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuropsychologische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich praktiziere folgende(s) Verfahren in privater Praxis bzw. biete als private Leistung an (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

	für Erwachsene	für Kinder und Jugendliche
Analytische Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprächspsychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuropsychologische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich praktiziere folgende(s) Verfahren in einer Institution (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

	für Erwachsene	für Kinder und Jugendliche
Analytische Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprächspsychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuropsychologische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systemische Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Methoden, Techniken, Intervention

Methoden / Technik / Intervention (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich):

Autogenes Training	<input type="checkbox"/>
Coaching	<input type="checkbox"/>
Dialektisch Behaviorale Therapie/DBT	<input type="checkbox"/>
Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR	<input type="checkbox"/>
Focusing	<input type="checkbox"/>
Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>
Hypnotherapie	<input type="checkbox"/>
Imaginationsverfahren	<input type="checkbox"/>

Katathymes Bilderleben	<input type="checkbox"/>
Mentalization-Based Treatment (MBT)	<input type="checkbox"/>
Progressive Muskelentspannung/PMR	<input type="checkbox"/>
Rational Emotive Therapie/RET/REVT	<input type="checkbox"/>
Schematherapie	<input type="checkbox"/>
Spieltherapie	<input type="checkbox"/>
Supervision	<input type="checkbox"/>
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)	<input type="checkbox"/>

3. Settings

Setting der psychotherapeutischen Sitzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich):

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Paartherapie
- Familientherapie

4. Gutachten / Sachverständige(r)

Ich bin als Gutachter/in bzw. Sachverständige(r) tätig (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Familienrechtliche Gutachten
- Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage
- Sozial- & Zivilrechtliche Gutachten
- Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht
- Transsexuellengesetz-Gutachten
- Verkehrsrechtliche Gutachten
- Verwaltungsrechtliche Gutachten

5. Supervision / Coaching

Ich bin als Supervisor/in bzw. Coach tätig (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Coaching
- Supervision
- Teamsupervision

Folgender Satz wird bei jedem Suchergebnis mit angezeigt:

Standard-Leistungen: Für die Behandlung allgemeiner psychischer Störungen wie Ängste, Depressionen, Anpassungsstörungen, Beziehungsprobleme u.v.a. sind alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgebildet. Diese Leistungen werden von allen angeboten und in den Visitenkarten in der Regel auch nicht besonders aufgeführt.

6. Behandlungsspezialisierungen bei Erwachsenen

Wir bitten Sie um die Angabe, ob Sie sich auf bestimmte Störungsbilder spezialisiert haben. Da maximal bis zu fünf dieser Spezialisierungen angezeigt werden, bitten wir Sie, nicht mehr als fünf zu benennen (*Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich, jedoch nicht mehr als fünf*):

Angststörungen	<input type="checkbox"/>	Messie-Syndrom	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, Drogen	<input type="checkbox"/>
Asperger-Syndrom	<input type="checkbox"/>	Pädophilie	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivität/AD(H)S	<input type="checkbox"/>	Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>	Phobien	<input type="checkbox"/>
Bindungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Posttraumatische Belastungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Binge eating	<input type="checkbox"/>	Psychosen	<input type="checkbox"/>
Bipolare affektive Störungen	<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	Rechenstörungen / Dyskalkulie	<input type="checkbox"/>
Bulimie	<input type="checkbox"/>	Schädel-Hirnschädigungen	<input type="checkbox"/>
Demenzen	<input type="checkbox"/>	Schizophrenien	<input type="checkbox"/>
Depersonalisations- / Derealisationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	Schmerzstörungen, chronisch	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>
Dissoziative Störungen	<input type="checkbox"/>	Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>
Essstörungen in Verbindung mit Übergewicht/Adipositas	<input type="checkbox"/>	Spielsucht	<input type="checkbox"/>
Flugangst	<input type="checkbox"/>	Stehlen / Kleptomanie	<input type="checkbox"/>
Hypochondrie	<input type="checkbox"/>	Ticstörungen	<input type="checkbox"/>
Impulskontrollstörungen	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Internetsucht	<input type="checkbox"/>	Traumata	<input type="checkbox"/>
Körperdysmorphie Störungen	<input type="checkbox"/>	Wahnhafte Störungen	<input type="checkbox"/>
Legasthenien / Lese-Rechtschreibstörung /LRS	<input type="checkbox"/>	Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/>
Manie	<input type="checkbox"/>		

7. Behandlungsspezialisierungen bei Kindern (*Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich, jedoch nicht mehr als fünf*):

Adipositas	<input type="checkbox"/>	Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	Fütterstörungen	<input type="checkbox"/>
Angststörungen	<input type="checkbox"/>	Internetsucht	<input type="checkbox"/>
Anpassungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Legasthenie	<input type="checkbox"/>

Anorexie	<input type="checkbox"/>
Autismus	<input type="checkbox"/>
ADHS	<input type="checkbox"/>
Bindungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Bulimie	<input type="checkbox"/>
Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>
Dissozialität	<input type="checkbox"/>
Dissoziative Störungen	<input type="checkbox"/>
Dyskalkulie	<input type="checkbox"/>
Einkoten (Enkopresis)	<input type="checkbox"/>
Einnässen (Enuresis)	<input type="checkbox"/>
Emotionale Störung des Kindesalters	<input type="checkbox"/>

Mutismus	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Psychosen	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>
Störungen des Sozialverhaltens	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Tic-Störungen	<input type="checkbox"/>
Zwangsstörungen	<input type="checkbox"/>

8. Personengruppen

Wir bitten Sie um die Angabe, ob Sie spezielle Erfahrungen mit besonderen Personengruppen haben. Da maximal bis zu fünf spezielle Personengruppen angezeigt werden, bitten wir Sie, nicht mehr als fünf zu benennen (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

Adoptivfamilien	<input type="checkbox"/>
Alkoholerkrankte Menschen	<input type="checkbox"/>
Alte Menschen	<input type="checkbox"/>
Diabetiker	<input type="checkbox"/>
Drogenabhängige Menschen	<input type="checkbox"/>
Gewaltstraftäter	<input type="checkbox"/>
Heimkinder	<input type="checkbox"/>
HIV-Erkrankte	<input type="checkbox"/>
Hochbegabte	<input type="checkbox"/>
Hyperaktive Menschen	<input type="checkbox"/>
Internetsüchtige Menschen	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Asthma	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Behinderung – geistig	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Behinderung - körperlich	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Colitis, M. Crohn	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen, Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Menschen mit Missbrauchserfahrung	<input type="checkbox"/>
Messies	<input type="checkbox"/>

MigrantInnen	<input type="checkbox"/>
Mobbing-Opfer	<input type="checkbox"/>
Organtransplantierte	<input type="checkbox"/>
Pädophile	<input type="checkbox"/>
Pflegefamilien	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>
Schädel-Hirngeschädigte	<input type="checkbox"/>
Schmerzpatienten, chronisch	<input type="checkbox"/>
Schreikinder	<input type="checkbox"/>
SektenanhängerInnen	<input type="checkbox"/>
Sexualstraftäter	<input type="checkbox"/>
Spielsüchtige Menschen	<input type="checkbox"/>
Stalking-Opfer	<input type="checkbox"/>
Transsexuelle	<input type="checkbox"/>
Trauernde	<input type="checkbox"/>
Trauma-Opfer	<input type="checkbox"/>
TumorpatientInnen	<input type="checkbox"/>
Ungewollt Kinderlose	<input type="checkbox"/>
Unheilbar Erkrankte	<input type="checkbox"/>

9. Sprachkompetenz

Ich kann in folgenden Sprachen eine Psychotherapie durchführen (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

Arabisch	<input type="checkbox"/>
Englisch	<input type="checkbox"/>
Französisch	<input type="checkbox"/>
Gebärdensprache	<input type="checkbox"/>

Italienisch	<input type="checkbox"/>
Persisch	<input type="checkbox"/>
Spanisch	<input type="checkbox"/>
Türkisch	<input type="checkbox"/>

Sonstiges (*bitte benennen*) _____

10. Zugänglichkeit der Praxis

Meine Praxis ist wie folgt zugänglich (*Zutreffendes bitte ankreuzen*):

- Erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Barrierefrei zugänglich
 - für Hörgeschädigte
 - für Rollstuhlfahrer
 - für sehbehinderte und blinde Menschen

11. Link zur Homepage

Adresse meiner Homepage zur Verlinkung mit meiner Visitenkarte im Internet:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz bis auf schriftlichen Widerruf meinen Namen und Dienstanschrift sowie die oben von mir gemachten Angaben zu meinen Spezialisierungen in ihre Datenbank aufnimmt und im Rahmen der **Psychotherapeutensuche** der LPK Rheinland-Pfalz in ihrer Internetpräsentation veröffentlicht.

Datum _____ Unterschrift _____