

Ihre Ansprechpartnerin: Petra Meifert
TEL 030/ 20 91 66-331
FAX 030/ 20 91 66-316
Email: p.meifert@dpa-bdp.de

Deutsche Psychologen Akademie GmbH des BDP
Psychotherapie-Informations-Dienst (PID)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Internet: www.psychotherapiesuche.de
Email: pid@dpa-bdp.de
Telefonberatung (0 30) 2 09 16 63 30:
Mo + Di: 10–13 und 16–19 Uhr
Mi + Do: 13–16 Uhr

Datenerfassungsbogen für den Psychotherapie-Informations-Dienst "PID"

Ich wünsche, dass die nachfolgend aufgeführten Daten über meine psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Angebote beim Psychotherapie-Informations-Dienst "PID" der Deutschen Psychologen Akademie GmbH des BDP maschinell gespeichert, im Internet auf der Homepage des PID veröffentlicht werden und (auch auszugsweise) weitergegeben werden.

Zutreffendes bitte markieren bzw. ergänzen. Nicht markierte Punkte werden wir als "Nein" interpretieren. Wenn Sie diesen Fragebogen zur Änderung/Datenkorrektur benutzen, reicht es, mit Hinweis auf die Gültigkeit der restlichen Daten nur die Änderungen anzugeben.

Anrede Titel: Frau / Herr / Prof. / Dr. phil. / Dr. med. / Dr. rer. nat. /

Akadem. Grad: Dipl.-Psych. / Diplom im Jahr Universität:

Vorname: (max. 30 Zeichen)

Name: (max. 30 Zeichen)

Praxis/Arbeitsstelle (genaue Bezeichnung): (max. 30 Zeichen)

..... (max. 30 Zeichen)

Straße, Nr.: (max. 32 Zeichen)

PLZ, Ort: (max. 5/25 Zeichen)

Vorwahl/Telefon (max. 5/25 Zeichen)

Zeiten für telef. Terminvereinbarung.:

Vorwahl/Fax: (max. 5/25 Zeichen)

Email-Adresse:

WWW-Adresse:

Privat: Die Privat-Adresse dient nur für die interne Korrespondenz und wird nicht weitergegeben!

Straße, Nr. (max. 32 Zeichen)

PLZ, Ort: (max. 5/32 Zeichen)

Vorwahl/Telefon: (max. 5/25 Zeichen)

Post bitte senden an: Arbeitsstelle Privatadresse

Berufszulassung/Abrechnungsmodalitäten

** Bitte entsprechende Belege beifügen!*

- Approbation als Psychologischer Psychotherapeut / Psychologische Psychotherapeutin *
 - Approbation als Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn *
 - Anerkennung gemäß HPG (bitte auch Kopie des Diploms/Masters in Psychologie einreichen) *
 - Arztregistereintrag/Fachkundenachweis *

 - Kassenzulassung gemäß SGB V *
 - Analytische Psychotherapie *
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie *
 - Verhaltenstherapie *

 - KV-Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie *
 - KV-Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie *
 - Gruppentherapie ohne KV-Abrechnungsgenehmigung

 - Selbstzahlerleistung
 - Antrag auf Kostenerstattung
 - Institution trägt Kosten
-

Ich behandle / biete an:

I. Zielgruppen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angehörige psychisch Erkrankter | <input type="checkbox"/> Körperlich behinderte Menschen |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Migrant/innen |
| <input type="checkbox"/> Familien | <input type="checkbox"/> Paare |
| <input type="checkbox"/> Geistig behinderte Menschen | <input type="checkbox"/> Sektenaussteiger |
| <input type="checkbox"/> Hochbegabte | <input type="checkbox"/> Senior/innen |
| <input type="checkbox"/> Homosexuelle Frauen/Männer | <input type="checkbox"/> Sexualstraftäter |
| <input type="checkbox"/> Institutionen | <input type="checkbox"/> Speziell Frauen |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche | <input type="checkbox"/> Speziell Männer |
| <input type="checkbox"/> Kinder | |

II. Problembereiche

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Nachbetreuung Alkohol/Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Ängste und Phobien | <input type="checkbox"/> Nachbetreuung Drogen |
| <input type="checkbox"/> Autismus/Asperger Syndrom | <input type="checkbox"/> Nachbetreuung Psychosen |
| <input type="checkbox"/> Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bipolare Störung | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Borderline Störung | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störungen | <input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Verhaltensstörungen Kinder/Jgdl. | <input type="checkbox"/> Stoffungebundene Süchte |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Zwänge |

III. Krankheiten und persönliche Krisen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Psychosoziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Burnout | <input type="checkbox"/> Schmerzzustände |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektionen und AIDS | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Koronare Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Suizidale Krisen |
| <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerz | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Mobbing | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Trauer |

IV. Verfahren

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie/Psychoanalyse | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie/Familientherapie |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gestaltpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> Integrative/Methodenübergreifende Psychotherapie | |

V. Klinisch psychologische Methoden und Angebote

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemtherapie | <input type="checkbox"/> Musiktherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- und Tanztherapie | <input type="checkbox"/> Neurolinguistisches Programmieren (NLP) |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Paartherapie |
| <input type="checkbox"/> Cognitive Beh. Analysis Sys. Of Psychoth. (CBASP) | <input type="checkbox"/> Psychodrama |
| <input type="checkbox"/> Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) | <input type="checkbox"/> Raucherentwöhnung |
| <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken | <input type="checkbox"/> Selbstsicherheitstraining |
| <input type="checkbox"/> Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) | <input type="checkbox"/> Sexualtherapie |
| <input type="checkbox"/> Focusing | <input type="checkbox"/> Spieltherapie |
| <input type="checkbox"/> Hypnose/Hypnotherapie | <input type="checkbox"/> Therapieorientierte Diagnostik |
| <input type="checkbox"/> Katathym Imaginative Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Therapeutisches Reiten |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Transaktionsanalyse |
| <input type="checkbox"/> Körpertherapie, Bioenergetik | <input type="checkbox"/> Trauerarbeit |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Therapiemethoden | <input type="checkbox"/> Traumatherapie |
| <input type="checkbox"/> Kreative Methoden/Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie Exposition |
| <input type="checkbox"/> Lösungsorientierte Kurzzeittherapie | |

VI. Sonstige psychologische Angebote

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine, nicht therapieorientierte Diagnostik | <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungstraining Erwachsene |
| <input type="checkbox"/> Bewerbungstraining | <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungstraining Kinder/Jgdl. |
| <input type="checkbox"/> Coaching | <input type="checkbox"/> Mediation |
| <input type="checkbox"/> Ehe- und Partnerberatung | <input type="checkbox"/> Selbsterfahrung, Kreativitätsförderung |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | <input type="checkbox"/> Selbstmanagement |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> Stressbewältigung |
| <input type="checkbox"/> Gutachten Familienrecht | <input type="checkbox"/> Supervision von Kollegen/Fachteams |
| <input type="checkbox"/> Gutachten Strafrecht | <input type="checkbox"/> Supervision v. Personen nicht-psychol. Berufe |
| <input type="checkbox"/> Kommunikationstraining | <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologische Angebote |
| <input type="checkbox"/> Lebensberatung | <input type="checkbox"/> Zeitmanagement |

- Ich besitze **behindertengerechte** Arbeitsräume (barrierefrei auch für Rollstuhlfahrer)

Ich kann meine Arbeit in folgenden **Fremdsprachen** durchführen:

.....

-
- Ich erkenne die Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. an.

(<http://www.bdp-verband.de/bdp/verband/ethik.shtml>)

Gewünschter Beitrittstermin: Monat: Jahr:.....(z.B. 7/2010)

Die Eintragung kann nur per Brief und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Für die Aufnahme in den PID ermächtige ich die Deutsche Psychologen Akademie GmbH des BDP, die jeweils fälligen Teilnahmebeiträge von meinem nachstehenden Konto einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Geldinstitut:

Bankleitzahl:

Kontoinhaber:

Konto-Nr.:

Ort/Datum:, den

Unterschrift: