

## PROFILBOGEN (2405)

Die nachfolgend von Ihnen aufgeführten Angaben dienen als Vorlage für die Veröffentlichung ihres Profils unter unserer Website „[psychotherapie-luebeck.de](http://psychotherapie-luebeck.de)“

Bitte geben Sie bei Textfeldern (z. B. Name, Ort, Telefon etc.) den entsprechenden Text ein. Bei Ankreuzfeldern (z. B. Berufsbezeichnung, Therapieverfahren etc.) können Sie durch Mausklick auf das entsprechende Quadrat das Kreuz oder Haken setzen.

### Kontaktdaten / Praxisanschrift:

<b>Akad. Grad</b>
-------------------

(Bitte geben Sie die genaue Schreibweise Ihres akademischen Grades an, z. B. *Dipl.-Psych.*, *M. Sc. Psych.*, *Dr. rer. nat.*, *Dr. med.*, *Dr. rer. hum. biol.*, *Dipl.-Soz.Päd.* etc.) Dieser gilt als Qualitätsmerkmal!

<b>Nachname</b>
<b>Vorname</b>
<b>Straße</b>
<b>Postleitzahl Ort</b>
<b>Telefon</b>

<b>Fax</b>
------------

Bitte geben Sie an, ob Ihre Fax-Nr. nur in die Mitgliederdatei aufgenommen werden soll oder darüber hinaus auch auf Ihrem Praxisprofil auf [www.psychotherapie-luebeck.de](http://www.psychotherapie-luebeck.de) erscheinen soll.

Internetseite und Mitgliederdatei     nur Mitgliederdatei

<b>Mail</b>
-------------

Bitte geben Sie an, ob Ihre E-Mail-Adresse nur in die Mitgliederdatei aufgenommen werden soll oder darüber hinaus auch auf Ihrem Praxisprofil auf [www.psychotherapie-luebeck.de](http://www.psychotherapie-luebeck.de) erscheinen soll.

Internetseite und Mitgliederdatei     nur Mitgliederdatei

<b>Internet</b>
-----------------

Bitte geben Sie an, ob die Internet-Adresse Ihrer Praxis-Homepage nur in die Mitgliederdatei aufgenommen werden soll oder darüber hinaus auch auf Ihrem Praxisprofil auf [www.psychotherapie-luebeck.de](http://www.psychotherapie-luebeck.de) erscheinen soll.

Internetseite und Mitgliederdatei     nur Mitgliederdatei

## Berufsbezeichnung:

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Facharzt        | <input type="checkbox"/> Fachärztin für Psychiatrie                                      |
| <input type="checkbox"/> Facharzt        | <input type="checkbox"/> Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie                    |
| <input type="checkbox"/> Facharzt        | <input type="checkbox"/> Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie      |
| <input type="checkbox"/> Facharzt        | <input type="checkbox"/> Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie      |
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher      | <input type="checkbox"/> Ärztliche Psychotherapeut:in (mit Zusatztitel „Psychotherapie“) |
| <input type="checkbox"/> Facharzt        | <input type="checkbox"/> Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutin für Kinder- und Jugendpsychotherapie          |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer | <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin                                |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutin (gemäß Ausbildungsreform)                     |

## Kassenstatus

---

- Gesetzliche Krankenkassen
- Private Krankenversicherung und/oder Beihilfe
- Kostenerstattungsverfahren (gesetzl. Krankenkassen)

## Therapieverfahren

---

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie         | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie                   |
| <input type="checkbox"/> Systemische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |

## Zielgruppe

---

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche |
|-------------------------------------|---|

## Therapieart

---

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
|---|--|

## Behandlungsschwerpunkte

---

Bitte kreuzen sie maximal 5 Behandlungsschwerpunkte an:

- ADHS
- Angststörungen
- Arbeitsplatzbezogene psychische Störungen (Mobbing, Burnout)
- Depression
- Essstörungen
- Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen
- Neuropsychologische Diagnostik
- Persönlichkeitsstörungen
- Psychische Traumata und Folgeerkrankungen
- Psychologische Schmerztherapie
- Psychoonkologie (Krebserkrankungen)
- Psychosen
- Psychosomatik (körperliche Krankheiten mit seelischem Hintergrund)
- Sexuelle Probleme und Funktionsstörungen
- Soziale Angst
- Suchterkrankungen
- Ältere Erwachsene (Alterspsychotherapie)
- Jüngere Erwachsene
- Zwangsstörungen
- Geistige oder körperliche Behinderungen
- Autismus und ähnliche Erkrankungen
- Belastungsreaktionen bei Kindern und Jugendlichen (Verlust, Trennung, Scheidung)
- Entwicklungsstörungen bei Kindern
- Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen
- Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling und Kleinkind

## Spezielle Therapieverfahren

---

Bitte kreuzen Sie maximal 4 spezielle Therapieverfahren an:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Achtsamkeitstherapie (MBSR)               |   |
| <input type="checkbox"/> Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)  |   |
| <input type="checkbox"/> Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)    | <input type="checkbox"/> EMDR                           |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren                     | <input type="checkbox"/> Familientherapie               |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie                   | <input type="checkbox"/> Gestalttherapie                |
| <input type="checkbox"/> Hypnotherapeutische Verfahren             | <input type="checkbox"/> Interpersonelle Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) | <input type="checkbox"/> Kunsttherapie                  |
| <input type="checkbox"/> Körpertherapie                            | <input type="checkbox"/> Musiktherapie                  |
| <input type="checkbox"/> Paartherapie /-beratung                   | <input type="checkbox"/> Psychodrama                    |
| <input type="checkbox"/> Schematherapie                            | <input type="checkbox"/> Selbstsicherheitstraining      |

## Zusätzliche Angebote:

---

Bitte kreuzen Sie max. 5 zusätzliche Angebote an.

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Balintgruppen                             | <input type="checkbox"/> Coaching    |
| <input type="checkbox"/> Selbsterfahrung                           | <input type="checkbox"/> Supervision |
| <input type="checkbox"/> Lehrtherapie                              | <input type="checkbox"/> Mediation   |
| <input type="checkbox"/> Familiengerichtliche Gutachten            | <input type="checkbox"/> NLP         |
| <input type="checkbox"/> Schulpsychologische Diagnostik            |                                      |
| <input type="checkbox"/> Themenspezifische Gruppenangebote         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologische Beratung/Gutachten |                                      |
| <input type="checkbox"/> Forensische Gutachten                     |                                      |

## Praxisbesonderheiten

---

Die Praxis ist barrierefrei

Auf meinem Praxisprofil [www.psychotherapie-luebeck](http://www.psychotherapie-luebeck) soll ein Bild erscheinen  
(Fotodatei in folgendem Format senden: Format „jpg“, Breite mind. 260 Pixel, Größe mind. 1 MB)

**Psychotherapie/Beratung ist in folgenden Sprachen möglich:**

- Englisch
- Französisch
- Spanisch
- Türkisch
- Arabisch
- Russisch

Sonstige Sprachen:

## Telefonische Sprechzeiten

Tag	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Uhrzeit von	Uhrzeit bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				

**Fragebogen speichern →**

**Dann übermitteln Sie uns diesen zusammen mit dem Aufnahmebogen entweder aus Datenschutzgründen per Post oder ohne Datenschutzsicherheit an die Mailbox**

[forum-hl@mailbox.org](mailto:forum-hl@mailbox.org) → Danke