

PROFILBOGEN (2406)

Die nachfolgend von Ihnen aufgeführten Angaben dienen als Vorlage für die Veröffentlichung ihres Profils unter unserer Website „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:

Akad. Grad

(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!

Nachname

Vorname

Straße

Postleitzahl Ort

Telefon

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 erscheinen soll:

Fax-Nr.:

☐

Internetseite und Mitgliederdatei

☐

nur Mitgliederdatei

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 erscheinen soll.

E-Mail Adresse:

☐

Internetseite und Mitgliederdatei

☐

nur Mitgliederdatei

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 erscheinen soll.

Homepage:

☐

Internetseite und Mitgliederdatei

☐

nur Mitgliederdatei

Berufsbezeichnung:

- | | |
|--|--|
| ☐ Facharzt | ☐ Fachärztin für Psychiatrie |
| ☐ Facharzt | ☐ Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie |
| ☐ Facharzt | ☐ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| ☐ Facharzt | ☐ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| ☐ Ärztlicher | ☐ Ärztliche Psychotherapeut:in (mit Zusatztitel „Psychotherapie“) |
| ☐ Facharzt | ☐ Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie |
| ☐ Psychotherapeut | ☐ Psychotherapeutin (gemäß Ausbildungsreform) |
| ☐ Psychotherapeut Kinder u. Jugendth. | ☐ Psychotherapeutin Kinder u. Jugendth. |
| ☐ Psychologischer Psychotherapeut | ☐ Psychologische Psychotherapeutin |

Kassenstatus

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

Therapieverfahren

- | | |
|---|---|
| ☐ Verhaltenstherapie | ☐ Analytische Psychotherapie |
| ☐ Systemische Psychotherapie | ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |

Zielgruppe

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Erwachsene | ☐ Kinder und Jugendliche |
|-------------------------------------|---|

Therapieart

- | | |
|---|--|
| ☐ Einzeltherapie | ☐ 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:

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

Zusätzliche Angebote:

Bitte kreuzen Sie max. 5 zusätzliche Angebote an.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Balintgruppen | ☐ Coaching |
| ☐ Selbsterfahrung | ☐ Supervision |
| ☐ Lehrtherapie | ☐ Mediation |
| ☐ Familiengerichtliche Gutachten | ☐ NLP |
| ☐ Schulpsychologische Diagnostik | |
| ☐ Themenspezifische Gruppenangebote | |
| ☐ Verkehrspsychologische Beratung/Gutachten | |
| ☐ Forensische Gutachten | |

Praxisbesonderheiten

☐ Die Praxis ist barrierefrei

☐ Auf meinem Praxisprofil www.psychotherapie-luebeck.de 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

☐ Polnisch

☐ Italienisch

☐ Niederländisch

☐ Portugiesisch

☐ Dänisch

☐ Gebärdensprache

☐ Sonstige:

Telefonische Sprechzeiten

Der Nachteil einer Veröffentlichung ist, dass Sie uns jede Veränderungen Ihrer Sprechzeiten melden müssen!

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

Fragebogen speichern →

Fragebogen drucken →

Dann übermitteln Sie uns diesen zusammen mit dem Aufnahmebogen und der SEPA Einzugsermächtigung per Post oder an die Mailbox: mitgliedschaft@psychotherapie-luebeck.de