

Name: _____

Projekt/Institution: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Ich biete an:

- Psychotherapie
- Supervision
- Anderes, und zwar: _____

Ich arbeite mit:

- Erwachsenen
- Kindern und Jugendlichen

Ich arbeite mit folgenden Verfahren:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Sonstige Verfahren, und zwar: _____

Ich habe eine Zulassung der Gesetzlichen Krankenkassen für:

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche

Ich habe eine traumaspezifische Aus- und Weiterbildung, nämlich:

- _____
- _____
- _____

Ich habe Erfahrung in der Arbeit mit:

- Dissoziativen Störungen
- Dissoziativer Identitätsstörung (DIS)
- Organisierter Gewalt (Zusammenarbeit mehrerer Täter*innen, kommerzielle sexuelle Ausbeutung, Anfertigen von Fotos/Videos etc.)
- Rituelle Gewalt und Mind Control

Ich bin bereit, im Rahmen meiner Möglichkeiten, Menschen mit diesen Diagnosen/Beschwerdebildern bzw. diesem Gewalthintergrund zu behandeln:

- Dissoziative Störungen
- Dissoziative Identitätsstörung (DIS)
- Organisierte Gewalt (Zusammenarbeit mehrerer Täter*innen, kommerzielle sexuelle Ausbeutung, Anfertigen von Fotos/Videos etc.)
- Rituelle Gewalt und Mind Control

Anmerkungen:

DATENSCHUTZHINWEIS

Mit der Rücksendung dieses ausgefüllten Fragebogens erklärt sich die/der Absender*in einverstanden, dass die im Fragebogen erhobenen Daten bei VIELFALT e.V. gespeichert und verarbeitet werden und auf Anfrage an Hilfesuchende zum persönlichen Gebrauch weitergegeben werden. VIELFALT e.V. wird diese Daten darüber hinaus nicht veröffentlichen. Der/die Absender*in hat jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von ihr/ihm erhobenen Daten, sowie Anspruch auf Aktualisierung oder Löschung der Daten.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift:

(oder ohne Unterschrift per E-Mail)