

# Befragung zur ambulanten Psychotherapie für Krebskranke

Tumorzentrum Berlin e.V. • Robert-Koch-Platz 7 • 10115 Berlin  
Tel.: (0 30) 28 53 89-0 • Fax: (0 30) 28 53 89-40 • tumorzentrum@tzb.de

Das Tumorzentrum Berlin veröffentlicht auf seiner Webseite (<http://www.tzb.de>) eine Liste von Berliner PsychotherapeutInnen, die auch Krebspatienten und deren Angehörige betreuen. Die Liste wurde in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Psychosoziale Onkologie erstellt und umfasst derzeit ca.100 Einträge. Sie erleichtert Patienten die Suche und unterstützt Beratungsstellen bei der Vermittlung.

Möchten Sie in diese Liste aufgenommen werden? Dann füllen Sie bitte den Fragebogen aus und schicken ihn per Post oder Fax an das Tumorzentrum Berlin (Anschrift siehe oben) zurück.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Titel/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

- Ich biete Psychotherapie auch für Krebskranke  
 und deren Angehörige an.  
 Ich beziehe Kinder Krebskranker in die Therapie mit ein.

2. Ich biete folgende Therapierichtung(en) an:

- Gesprächstherapie
- Hypnotherapie
- Psychoanalyse
- Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
- Systemisch-familientherapeutische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Imaginative Psychotherapie
- Traumatherapie (z. B. EMDR, EFT, KIP, Trauma-Hypnotherapie)
- Psychodrama
- Körperpsychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Gestalttherapie
- Energetische Psychologie (z. B. Klopfakupressur)
- Neurolinguistische Programmierung (NLP)
- Integrative Psychotherapie
- Atemtherapie
- Körpertherapie
- Kunsttherapie
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

3. Ich biete außerdem speziell für Krebskranke an:
- Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
  - Entspannungsverfahren
  - Gesundheitstraining
  - Maltherapie
  - Musiktherapie
  - Psychologische Schmerztherapie
  - Sterbebegleitung
  - Psychoneuroimmunologie
  - Visualisierung
  - Imaginationsübungen
  - Progressive Muskelentspannung
  - Autogenes Training
  - Mediation
  - Hypnose
  - Bochumer Gesundheitstraining
  - Simonton-Methode
  - Stressbewältigungstraining
  - Klang-Therapie
  - Krisenintervention
  - Trauerbegleitung
  - Hausbesuche von Therapeuten möglich
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
4. Ich arbeite in folgenden Settings:  Einzel  Paar  Familie  Gruppe
5. Meine Abrechnung erfolgt mit:  Kassen  privat
6. Ich habe seit \_\_\_\_ Jahren Erfahrungen in der Arbeit mit Krebskranken.  
Ich habe seit \_\_\_\_ Jahren Erfahrungen in der Arbeit mit Angehörigen von Krebskranken.
7. Ich biete Krisenintervention an:  Ja, grundsätzlich  Ja, bei laufenden Therapien  Nein  
Termine für Krisenintervention vergebe ich innerhalb von \_\_\_\_ Tagen.
8. Sind Hausbesuche möglich?  Ja, grundsätzlich  Ja, ggf. nach Absprache  Nein
9. Erreichbarkeit meiner Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Linien, Haltestationen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Ich biete Therapie in diesen Fremdsprachen an: \_\_\_\_\_
11. Behindertengerechter Zugang zur Praxis:  Ja  Wenige Stufen  Nein
12. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz bei mir beträgt ca.: \_\_\_\_\_

13. Zu diesen Zeiten bin ich persönlich gut telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.  Ich möchte mit der oben angegebenen Email-Adresse in die Informations-Mailingliste der Projektgruppe Psychosoziale Onkologie aufgenommen werden.

15. Ich habe noch folgende Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Korrektheit dieser Angaben. Änderungen der Angaben melde ich unverzüglich dem Tumorzentrum Berlin. Ich bin mit ihrer Veröffentlichung im Internet auf den Webseiten des Tumorzentrums Berlin einverstanden.

Unterschrift

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**