

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:

- Entspannungsverfahren
- Gesundheitstraining
- Malthherapie
- Musiktherapie
- Psychologische Schmerztherapie
- Sterbebegleitung
- Psychoneuroimmunologie
- Visualisierung
- Imaginationsübungen
- Progressive Muskelentspannung
- Autogenes Training
- Mediation
- Hypnose
- Bochumer Gesundheitstraining
- Simonton-Methode
- Stressbewältigungstraining
- Klang-Therapie
- Trauerbegleitung
- _____
- _____

4. Ich arbeite in folgenden Settings: Einzel Paar Familie Gruppe

5. Meine Abrechnung erfolgt mit: gesetzl. Kassen Privatkassen Selbstzahler

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 habe folgende psychoonkologische Weiterbildung / Fortbildung mit einem Zertifikat abgeschlossen:

- Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) der DKG, PSO und dapo
- Basisseminar Psychosoziale Onkologische Versorgung (BPO) der LAGO Brandenburg
- Curriculum Psychoonkologie des ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte, Isermann & Diegelmann in Kassel/Berlin
- Weiterbildung Psychoonkologie des Instituts PsyOnko Prof. Tschuschke in Köln
- Sonstige (*bitte benennen*).....

.....
 Ich habe keine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung.

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

16. 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!