

Name: \_\_\_\_\_

Projekt/Institution: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Büro-/Sprechzeiten: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten auf Anfrage weitergegeben werden an Hilfesuchende und KollegInnen.

*Bitte Zutreffendes ankreuzen!*

**Ich/ Wir biete/n an:**

- Psychotherapie
- Beratung
- Supervision
- Anderes, und zwar:

\_\_\_\_\_

**Ich/Wir arbeite/n mit:**

- Erwachsenen
- Kindern und Jugendlichen

**Ich/Wir arbeiten mit folgenden Verfahren:**

- TP
- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Sonstige Verfahren, und zwar: \_\_\_\_\_

*Bitte wenden!*

**Ich habe eine Zulassung der Gesetzlichen Krankenkassen für:**

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche

**Ich/ wir habe/n eine spezielle Traumatherapie-Ausbildung,  
wenn ja, welche:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Ich/Wir habe/n Erfahrung in der Arbeit mit:**

- Komplextrauma
- Dissoziativen Störungen
- Rituellicher Gewalt

**Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....  
(oder ohne Unterschrift per E-Mail)