

Bitte zurück senden an bipolaris@bipolaris.de oder:

Absender:

bipolaris e. V.
Tegeler Weg 4

10589 Berlin

Bitte vervollständigen Sie Ihre Kontaktdaten, soweit nicht im Praxisstempel:

E-Mail: _____

Web: _____

Telefon: _____

Welche Therapierichtung bieten Sie an?

Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch fundiert analytisch

Systemische Therapie

Weitere: _____

Honorierung:

Kassenzulassung Kostenerstattungsverfahren privat

Haben Sie ein nicht-deutschsprachiges Angebot?

Nein

Ja, Sprache(n): _____

Bieten Sie Psychotherapie per Video oder Telefon an? *(neue Option)*

Per Video: generell nach Absprache nur während der Corona-Einschränkungen

wird nicht angeboten

Per Telefon: generell nach Absprache nur während der Corona-Einschränkungen

wird nicht angeboten

Mit der Aufnahme der Daten in eine Datenbank und ihrer Veröffentlichung zum Zweck der Therapeutensuche bin ich einverstanden. Eine Weitergabe der Daten an andere Unternehmen erfolgt nicht.

_____, den _____

Unterschrift / Praxisstempel

Bitte beantworten Sie die Fragen für jedes der folgenden Störungsbilder

Praxisspektrum bedeutet dabei:

- Nein = Biete gegenwärtig keine Behandlung dieser Störung an
Ja = Störung gehört zu meinem Behandlungsspektrum
Schwerpunkt = Die Behandlung dieser Störung ist ein Schwerpunkt meiner Praxis

Schizophrenie / schizoaffektive Störungen / Psychosen (F20-F29):

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Stimmenhören / andere Halluzinationen:

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Bipolare Störungen (F31):

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Generalisierte Angststörungen (F41), Zwangsstörungen (F42):

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Posttraumatische Belastungsstörungen (F43):

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Persönlichkeitsstörungen inkl. Borderline (F60):

Praxisspektrum: Nein Ja Praxisschwerpunkt
bisherige Klienten: Keine 1- 3 4-10 Mehr als 10

Anmerkungen: _____

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!