

Bitte ausfüllen und zurücksenden alternativ

- in Papierform: Dr. Hans Henzinger, Obere Dorfstraße 81, 6336 Langkampfen
- oder als Emailbeilage an: henzinger@kufnet.at

NAME mit Titel:

Kategor.	Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/>
Psychotherapiemethode/n	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Transaktionsanalytische Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie
	<input type="checkbox"/> Systemische (Familien-)Therapie
	<input type="checkbox"/> Psychodrama (Einzel- u. Gruppentherapie nach Moreno)
	<input type="checkbox"/> Psychoanalyse/Psychoanalyt. Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Integrative Gestalttherapie
	<input type="checkbox"/> Hypnotherapie, Klin. Hypnose
	<input type="checkbox"/> Dynamische Einzel- und Gruppentherapie
	<input type="checkbox"/> Integrative Therapie
	<input type="checkbox"/> Katathym-Imaginative Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Logotherapie und Existenzanalyse
	<input type="checkbox"/> Körperorientierte Psychotherapie KBT
	<input type="checkbox"/> Personzentrierte Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> Autogene Psychotherapie
	Psychoth. Zusatzausbildung
	<input type="checkbox"/> Säuglings, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie
	andere:

Störungsbezogene Schwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie<input type="checkbox"/> Angststörungen, Phobische Störungen<input type="checkbox"/> Chron. Schmerzen<input type="checkbox"/> Depression, Burnout<input type="checkbox"/> Essstörungen<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie<input type="checkbox"/> Lebenskrisen<input type="checkbox"/> Beziehungskrisen<input type="checkbox"/> Nachsorge, Rehab. u. Begleit. bei schweren körp. u. chron. Erkrank.<input type="checkbox"/> Palliativmedizin<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen<input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung<input type="checkbox"/> Psychoonkologie<input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankungen<input type="checkbox"/> Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern<input type="checkbox"/> Schlafstörungen<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten<input type="checkbox"/> Sexuelle Störungen<input type="checkbox"/> Suchtverhalten<input type="checkbox"/> Tinnitus<input type="checkbox"/> Traumata nach Gewalt, Missbrauch, Unfall<input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen bei Kindern u. Jugendlichen<input type="checkbox"/> Zwänge <p>andere:</p>
-------------------------------	--

Sonstige Angebote	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> (Neuro-)Psychologische Diagnostik<input type="checkbox"/> Arbeitspsychologische Beratung<input type="checkbox"/> Autogenes Training<input type="checkbox"/> Begutachtung für Waffenpass<input type="checkbox"/> Behandlung von Augenkoordinationsstörungen<input type="checkbox"/> Biofeedback<input type="checkbox"/> Biofeedback, Neurofeedback<input type="checkbox"/> Coaching<input type="checkbox"/> Elternberatung bei einvernehmli. Scheidung (§ 95 Abs.1 AußStr.G)<input type="checkbox"/> Traumatherapie nach Willi Butollo<input type="checkbox"/> Emotionelle Erste Hilfe für Babys und Ihre Eltern<input type="checkbox"/> Familien-, Eltern-, Erziehungsberatung in strittigen Situationen (§107 Abs.3 Z 1 AußStrG)<input type="checkbox"/> Familienstellen und Systemaufstellungen<input type="checkbox"/> Gerichtlich beeideter Sachverständiger<input type="checkbox"/> Gruppentherapie mit Kindern<input type="checkbox"/> Krisenintervention<input type="checkbox"/> Lösungsorientierte Kurzzeittherapie<input type="checkbox"/> Mediation<input type="checkbox"/> Mobbingberatung<input type="checkbox"/> Pferdeunterstützte Psychotherapie<input type="checkbox"/> Progressive Muskelentspannung<input type="checkbox"/> Psycholog. Begutachtung<input type="checkbox"/> Psychologische Schmerztherapie<input type="checkbox"/> Psychotherapie bei intellektuellen Beeinträchtigungen<input type="checkbox"/> repetitive transcranielle Hirnstimulation 'rTMS'<input type="checkbox"/> Schmerztherapie<input type="checkbox"/> Seminare für Unternehmen und Institutionen<input type="checkbox"/> Sexualpädagogik<input type="checkbox"/> Supervision, Coaching<input type="checkbox"/> Team- und Organisationsentwicklung<input type="checkbox"/> Traditionelle chinesische Gesundheitsförderung, 5-Elemente-Ernährungsber.<input type="checkbox"/> Trauerbegleitung<input type="checkbox"/> Traumabearbeitung mittels EMDR<input type="checkbox"/> Traumabearbeitung mittels EMI
-------------------	---

	<input type="checkbox"/> andere:
Zielgruppe/n	<input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Mädchen, Frauen <input type="checkbox"/> Burschen, Männer <input type="checkbox"/> Babys, Kleinkinder mit Bezugsperson/en <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Jugendliche <input type="checkbox"/> Eltern, Erziehungsberechtigte <input type="checkbox"/> Familien <input type="checkbox"/> Paare <input type="checkbox"/> ältere Menschen <input type="checkbox"/> andere:
Setting/s	<input type="checkbox"/> Arbeit mit Paaren <input type="checkbox"/> Telefonberatung <input type="checkbox"/> Einzelarbeit <input type="checkbox"/> Gruppenarbeit <input type="checkbox"/> keine Zuordnung <input type="checkbox"/> stationäres Setting <input type="checkbox"/> Arbeit mit Familien <input type="checkbox"/> andere:
barriere-frei	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fremdsprache/n	<input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Serbokroatisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Türkisch andere:
Abrechnung	<input type="checkbox"/> öffentliche Einrichtung (keine Kosten) <input type="checkbox"/> TLP-Modell: Abrechnungsmöglichkeit über die Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols <input type="checkbox"/> Zuschussregelung: Abrechnung über Krankenkassen möglich <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kassenvertragsarzt <input type="checkbox"/> Wahlarzt anderes:
Anmerkungen	

Anschrift/en:

Website:

Email:

Telefon:

Foto: Zusendung per Email bitte in einem üblichen Bildformat (jpg, gif, png), Dateigröße nach Möglichkeit unter 1 MB

Mit der Rücksendung dieses Erhebungsblattes bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben und bestätigen, dass Sie mit der Veröffentlichung auf der Website "www.psychotherapieforum.at" einverstanden sind.