

Schatten & Licht e. V.
Sabine Surholt
Obere Weinbergstr. 3
D-86465 Welden

FRAGEBOGEN ZUR MUTTER/VATER-KIND-EINRICHTUNG

Um das Therapieangebot Ihrer Einrichtung für die betroffenen Mütter/Väter im Internet besser vorstellen und vergleichbarer machen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen an uns zurückzusenden, unter der Voraussetzung, dass Sie mit dessen Veröffentlichung auf unserer Website einverstanden sind.

- Name der Einrichtung: _____
- Straße, Hausnummer: _____
- PLZ, Ort: _____
- Telefon: _____
- E-Mail: _____
- Website: _____
- Station: _____
- AnsprechpartnerIn: _____
- Reine Mutter/Vater-Kind-Station? Ja (Zutreffendes bitte ankreuzen.)
- Anzahl der Mutter/Vater-Kind-Einheiten stationär: _____
- Anzahl der Mutter/Vater-Kind-Einheiten teilstationär/tagesklinisch: _____
- Akut oder Reha
- Rooming-In? Ja
- Seit welchem Jahr Mutter/Vater-Kind-Behandlung? _____
- Aufnahme des Kindes in welchem Alter möglich? Von _____ bis _____ Jahre
- Aufnahme von Geschwisterkindern? Ja, im Alter von: _____
- Einbeziehung der Angehörigen in Therapie? Ja
- Ambulante Sprechstunde Ja, unter Tel.-Nr.: _____

b.w.!

• Therapieangebote: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Psychopharmakotherapie Ja
- Psychosomatik Ja
- Psychotherapie Ja
- Verhaltenstherapie Ja
- Gesprächstherapie Ja
- Körperpsychotherapie Ja
- Gestalttherapie Ja
- Traumatherapie / Trauma-Interaktionstherapie Ja
- Familientherapie / Systemtherapie Ja
- Video-Mutter-Kind-Interaktionstherapie Ja
- Säugling-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie Ja
- Körpertherapie Ja
- Physiotherapie Ja
- Bewegungstherapie Ja
- Ergotherapie Ja
- Kunsttherapie Ja
- Musiktherapie Ja
- Tanztherapie Ja
- Psychosoziale Beratung Ja
- Paarberatung Ja
- Psychiatrisch-psychosom. Geburtsvorbereitung Ja
- Stillberatung Ja
- Babymassage Ja
- Vätergruppe Ja

Sonstige: _____

• Anmerkungen: _____

• Datum: _____

• Name: _____

• Unterschrift: _____