

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Zentrale Datenpflege der
Koordinationsstelle Psychotherapie
Frohsinnstr. 2
86150 Augsburg

Fax 08 21 / 32 56 – 2 44
Tel. 0 89 / 5 70 93 – 44 73

Themenschwerpunkte Psychotherapie

Allgemeine Angaben

LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Name _____, Vorname _____	

Personengruppen

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Säuglinge | <input type="checkbox"/> Vorschul- und Schulkinder | <input type="checkbox"/> Adoleszente Patienten | <input type="checkbox"/> Senioren |
| <input type="checkbox"/> Behinderte Patienten | <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> Sinnesgeschädigte Patienten (alle Sinne) | |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Betreuung nach Krankenhausaufenthalt | |
| <input type="checkbox"/> Aggressionsdelikte | <input type="checkbox"/> Straftäter (ehemalige) / Delinquenz / Therapieaufgabe | | |
| <input type="checkbox"/> Flüchtlinge | <input type="checkbox"/> Migration / interkulturelle Probleme | | |

Behandlungsschwerpunkte (alphabetisch)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst / Phobien / Panik | <input type="checkbox"/> Neurotische Störung |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung |
| <input type="checkbox"/> Autistische Störung | <input type="checkbox"/> Perversion |
| <input type="checkbox"/> Belastungsreaktion | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Borderline-Syndrom | <input type="checkbox"/> Psychoonkologie |
| <input type="checkbox"/> Burn-out-Syndrom | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Psychotische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Dymorphophobien | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Beziehungsstörung | <input type="checkbox"/> Selbstwertstörung |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Störung | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> allgemein | <input type="checkbox"/> Sterbebegleitung / Palliativ |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> nicht stofflich (z. B. Spiel, Internet) |
| <input type="checkbox"/> Bulimie | <input type="checkbox"/> stofflich (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität / ADS / ADHS | <input type="checkbox"/> Suizidalität |
| <input type="checkbox"/> Kleptomanie | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungsstörung | <input type="checkbox"/> Trauerbewältigung |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeitssyndrom | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Narzisstische Störung | <input type="checkbox"/> Wochenbettdepression |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung |


Zusatzangebote (auf spezielle Anfragen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Paare/Familie |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungsdiagnose Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Opfer von Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung | <input type="checkbox"/> Religion / Sekten |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Gerichtspsychologie | <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Mobbing/berufliche Probleme | <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologie |

Fremdsprachen

- englisch französisch türkisch arabisch _____
 Gebärdensprache

Ort, Datum

Unterschrift Vertragspsychotherapeut 

Praxisstempel

Hinweis

Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: **09 21 / 7 87 76 54 – 04 10**

**Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.**