

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt zurück schicken würden. Ihre Angaben verwenden wir für verbandsinterne Zwecke. Ausschließlich mit Ihrem Einverständnis geben wir Angaben zum Praktikum und zu supervisorischen Angeboten weiter. Natürlich sind alle Angaben freiwillig.

Bitte geben Sie Ihren Namen an:

**A) Welche Berufsbezeichnung/Titel führen Sie?**

**(Mehrfachnennungen möglich)**

- KunsttherapeutIn
- Dipl. KunsttherapeutIn (FH)
- Dipl. KunsttherapeutIn (Uni)
- Dipl. KunsttherapeutIn (Akademie)
- KunsttherapeutIn (B.A.)
- KunsttherapeutIn (M.A.)
- KunsttherapeutIn (grad. DFKGT)
- Sonstige:

**B) Haben Sie eine Heilbehandlungserlaubnis?**

- nein
- ärztliche Approbation
- Approbation Kinder- u. Jugendpsychotherapie
- Approbation psychologische Psychotherapie
- eingeschränkter Heilpraktiker (Psychotherapie)
- Heilpraktiker

**C) Sie arbeiten in folgenden Bereichen**

**Bereich Psychiatrie**

- Akutpsychiatrie
- Forensik
- Geriatric
- Kinder-Jugendliche
- Psychosomatik
- stationäre Psychotherapie
- störungsbildspez. Abteilung
- Sucht
- Andere

angestellt

selbstständig/  
Honorarbasis

**Bereich Rehabilitation**

- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie, Unfallmedizin
- Psychiatrie
- Psychosomatik
- Psychotherapie
- störungsbildspez. Abteilung
- Sucht
- Andere

**Bereich Somatik**

- Gynäkologie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Onkologie
- Pädiatrie
- Andere

**nicht klinisch-institutioneller Bereich**

- Aus-/Weiterbildungsinstitut, Hochschule
- Beratungsstelle
- Betreutes Wohnen, Pflegeheim
- Einrichtung Erwachsenenbildung
- Einrichtung Flüchtlinge/Asylsuchende
- Einrichtung Frauen
- Einrichtung Freizeit
- Einrichtung Menschen m. Behinderung
- Einrichtung Sucht
- Einrichtung Trauma
- Maßregelvollzug
- Palliativ-Versorgung
- Praxis Gesundheitsberuf/Heilmittel
- Praxis psychotherap./ärztl.
- Praxis/Atelier Kunsttherapie
- Schule / Vorschule / Kindergarten
- Selbsthilfegruppe
- Sozialpädiatrisches Zentrum
- Tagesstätte

**D) Merkmale der Tätigkeit**

**Mit welchen Medien arbeiten Sie im kunsttherapeutischen Setting?**

**(Mehrfachnennungen möglich)**

- Malerei / Zeichnung
- Ton
- Holz / Stein
- Audio / Video
- sonstige

**Sie arbeiten mit:**

- Kindern / Jugendlichen
- Erwachsenen
- Senioren

**Besteht bei Ihnen die Möglichkeit Ein Praktikum zu absolvieren?**

- nein
- ja

**Bezeichnung / Adresse / Kontaktdaten der Arbeits-/Praktikumsstelle**

**Dürfen wir Ihren Namen, Angaben aus den Bereichen C), D) sowie Ihre Angaben zur Praktikumsstelle bei Anfragen weitergeben?**

- nein
- ja

**Bieten Sie Supervision an?**

- nein
- ja
- ja, DGSV-Zertifikat

**Dürfen wir die Angaben zur Supervision inkl. Ihrer Kontaktdaten Anfragen weitergeben?**

- nein
- ja