



Fragebogen Fachpersonenverzeichnis

Personalien

Bitte nur mit Angaben, welche auch bei Anfragen weitergegeben werden dürfen.

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: ..... PLZ: .....

Tel: ..... Mobile: .....

Mail: ..... Homepage: .....

Beruf: ..... Institution: .....

Angebot für Betroffene

- Frühschwangerschaft / Fehlgeburt
Pränataldiagnostik
Schwangerschaftsbegleitung
Geburt
Begleitung bei Schwangerschaftsabbruch
Wochenbett
Sterbendes Kind
Nachbetreuung medizinisch
Rückbildung
Bestattung
Anderes
Trauma- Verarbeitung
Trauerbegleitung
Familien / Geschwister / Umfeld
Psychotherapie
Paartherapie
Selbsthilfe
Seelsorge
Rechtsfragen
Komplementärmedizinische Angebote
Folgeschwangerschaft

Angebot für Fachpersonen

- Supervision
Coaching
Psychohygiene
Anderes
Fort- und Weiterbildung
Persönlichkeitsbildung
Qualitätsmanagement

Beschreibung der Angebote

.....
.....

Besonderes

Sprachen: ..... Preise: .....

Krankenkassenpflichtig: Grundversicherung Zusatzversicherung delegierte Begleitung Selbstzahler

Ich werde / wir werden Mitglied des Trägervereins

- Einzelperson (CHF 50.-/Jahr)
Kollektivmitglied (CHF 200.-/Jahr)
Paar/Familie (CHF 80.-/Jahr)
Geburtsklinik/Spital (CHF 500.-/Jahr)

Ich bin einverstanden in das Fachpersonenverzeichnis kindsverlust.ch aufgenommen zu werden und dass die angegebenen Kontaktdaten an Ratsuchende weitergegeben werden dürfen.

Ich bestätige ausserdem eine Ausbildung in Trauerbegleitung und/oder in meinem Fachgebiet absolviert zu haben oder ich plane in naher Zukunft, Weiterbildungen von kindsverlust.ch zu besuchen. Ich verfüge nebst Fach- und Methodenkenntnissen auch über Lebenserfahrung, Persönlichkeits- und Sozialkompetenz und bin bereit, die eigene Begleitpraxis zu reflektieren.

Datum: ..... Unterschrift: .....