



Mitgliedsantrag



Name, Vorname:	E-Mail-Adresse:
Titel:	Tel.-Nr: Fax-Nr.:
Geburtsjahr:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Name der Osteopathie-Schule/Hochschule:	Jahr der klinischen Prüfung/Bachelor/Master:
Akademischer Grad / Berufsbezeichnung / Marke: <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> B.Sc. <input type="checkbox"/> M.Sc. <input type="checkbox"/> DO® <input type="checkbox"/> HP	

Osteopathie-Techniken:	Ausbildung:		
	Ausbildungs- stätte	Postgraduierte Kurse	Derzeit angewendet
Still-Technik (artikulärer Behandlungsansatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutherland-Techniken (Balanced Ligamentous Tension; Ligamentous Articular Strain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Craniale Osteopathie; Biodynamische Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counterstrain-Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HVLA-Thrust-Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indirekte, funktionale Techniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphdrainage-Techniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-Energiebehandlung MET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myofasziale Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurofasziale Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viszerale Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soft Tissue			
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxis-Informationen	
Praxisname:	Website:
Adresse (Straße, Plz Ort):	
Tel-Nr.:	Fax-Nr.:
Art der Praxis: <input type="checkbox"/> Praxis mit Kassenzulassung <input type="checkbox"/> Praxis privat <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis privat <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Verwalten Sie Ihre Patientendaten elektronisch? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Einige Fragen zur Patientenentwicklung in Ihrer Praxis (bitte nur schätzen):	
Wie viele Patienten behandeln Sie pro Jahr:	Wie viele Neupatienten behandeln Sie pro Jahr:
Wieviel Prozent Ihrer Patienten lassen sich osteopathisch behandeln:	

Wie ist die prozentuale Geschlechterverteilung unter Ihren Patienten:							
Geschlecht	_____ männlich			_____ weiblich			
Alter	_____ 0-4	_____ 5-11	_____ 12-18	_____ 19-44	_____ 45-64	_____ 65-74	_____ 75 Jahre und älter

Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte hier ankreuzen, wenn wir Ihren Namen und Praxisnamen zu Werbezwecken nutzen dürfen.

Bei Rückfragen kontaktieren Sie bitte:

Kerstin Ceglie - Verband der Osteopathen e.V. - Tel. 0611-5808975-0 - E-Mail: Kerstin.ceglic@osteopathie.de