



Mitgliedsantrag



| | |
|---|---|
| Name, Vorname*: | E-Mail-Adresse*: |
| Praxisname*: | Website*: |
| Straße | PLZ, Ort |
| 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 <input type="checkbox"/> andere | |

| Osteopathische Techniken: | Ausbildung: | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ausbildungs- stätte | Postgraduierte Kurse | derzeit angewandt |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Praxis-Informationen:

Verwalten Sie Ihre Patientendaten elektronisch? Nein 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 behandeln Sie osteopathisch: _____

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 - |

* Die mit * markierten Angaben sind Pflichtangaben. Der Rest sind freiwillige Angaben.

Das beigefügte Informationsblatt Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name auf der Webseite des DO-Touch.NET als Mitglied gelistet ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Praxisname und Kontaktdaten auf der Webseite de DO-TouchNET gelistet sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Rückfragen kontaktieren Sie bitte: Kerstin Ceglie - VOD e.V. - 0611-5808975-0 - Kerstin.Ceglie@osteopathie.de