**Antragsformular – Ihre Eintragung bei Skoliose Netzwerk Österreich**

**1. Praxis-Kontaktdaten**

\* Pflichtfelder

|  |  |
| --- | --- |
| **Name Praxis / Einrichtung\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anrede\*** | [ ]  Frau [ ]  Herr |
| **Titel** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname und Nachname\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße und Hausnummer\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **PLZ und Ort\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefon\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Fax** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Meine URL-Webseite** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Mein Praxis Socialmedia-Account** |  [ ]  Facebook - Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  Instagram - Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Kassenvertrag\***  | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| **Sozialversicherungsträger in der KV** | [ ]  ÖGK [ ]  BVAEB [ ]  SVS [ ]  KFA |
| **Wahltherapeut:in / Wahleinrichtung\*** | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| **Hausbesuche\*** | [ ]  Ja [ ]  Nein  |

**Zertifizierung nach Schroth** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Bad Sobernheim | Letzter Refresher am Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| [ ] Bad Salzungen | Letzter Refresher am Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |

**Weitere (Skoliose)-Fortbildungen** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  4D-Skoliosetherapie | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Spiraldynamik | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

###### **Fachrichtung\*** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Physiotherapeut:in | [ ]  Pilates-Trainer:in |
| [ ]  Dipl. Sporttrainer:in | [ ]  Yoga-Trainer:in |
| [ ]  Dipl. Sportwissenschafter:in | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Osteopath:in | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Osteopath:in i. A.  | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**2. Weitere Informationen**

**Angewendete Therapieformen für Skoliosepatient:innen\*** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Dreidimensionale Skolioseth. nach K. Schroth | [ ]  Bobath |
| [ ]  Spiraldynamik | [ ]  Vojta |
| [ ]  4D-Skoliosetherapie | [ ]  Therapeutisches Klettern |
| [ ]  Allgemeine Skoliosebehandlung | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  McKenzie | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Viszeral Therapie | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  FBL (Funktionelle Bewegungslehre) | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Manuelle Therapie | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

###### **Ich behandle / therapiere / trainiere\*** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Kleinkinder | [ ]  Korsettträger:innen |
| [ ]  Kinder & Jugendliche | [ ]  Postop. Skoliosen |
| [ ]  Jugendliche | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Erwachsene | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

###### **Ich biete\*** (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Einzeltraining | [ ]  Gerätetraining |
| [ ]  Gruppentraining | [ ]  Mattentraining |
| [ ]  Online-Training | [ ]  Workshops |
| [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Seminare / Ausbildungen |
| [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

###### **Hier haben Sie noch Platz für weitere Informationen, die Sie uns gerne mitteilen möchten.** (zum Beispiel weitere Therapie- und Behandlungsformen, Termine zu Kursen, Workshops, Gruppentraining, etc.)

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

###### **3. Ihr Eintrag auf der Webseite von Skoliose Netzwerk Österreich**

###### [ ]  **Standard-Eintrag - KOSTENLOS\*\***

**\*\****Ihre Kontaktdaten und Ihr Praxislogo/Profilbild, sowie Inhalte aus Punkt 2, werden auf der Online-Plattform von*[*Skoliose Netzwerk Österreich*](https://www.skoliosenetzwerkoesterreich.at/search-listings/?q=&l=-1&c=-1)*angeführt. Weiters verlinken wir zu Ihrer Webseite, Facebook & Instagram (falls vorhanden). Bieten Sie z.B. auch (Online) Gruppentraining, Online-Vorträge, Workshops, etc. an, würden wir Ihre Termine auf unsere Webseite unter Events anführen.*

###### [ ]  **Ich unterstütze 2023/24 mit einem freiwilligen Betrag das Skoliose Netzwerk Österreich und meine Patient:innen profitieren davon \*\*\* Kooperationspartner**

 *\*\*\* Sie erhalten für Ihre Patient:innen einen 50% Rabattgutschein für Reiskissen aus unserem Online-Shop.*

*Bitte überweisen dafür Ihren freiwilligen Betrag auf folgendes Konto:*

***Tina Hohenwarter Skoliose Netzwerk Österreich***

*Bawag P.S.K.*

***BIC:*** *BAWAATWW*

***IBAN:*** *AT20 1400088910933900*

*Nach erhalt Ihres Betrages senden wir Ihnen 20 Stück 50% Rabattgutscheine für z.B. Reiskissen aus unserem Online-Shop per Post zu. Sollten Sie Nachschub benötigen, bitte einfach per Mail Kontakt aufnehmen!*

*Diese freiwillige Unterstützung ist keine regelmäßige Abbuchung! Nach einem Jahr nehmen wir schriftlich mit Ihnen Kontakt auf und klären ab, ob Sie mit Ihrer Praxis uns ein weiteres Jahr unterstützen möchten.*

###### **☐** Senden sie mir bitte **Info-Folder von Skoliose Netzwerk Österreich** an meine Praxisadresse.

###### **☐** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorgenannten Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass Skoliose Netzwerk Österreich meine Daten auf Anfrage an Betroffene weitergibt. Diese Weitergabe stellt keine Empfehlung von Skoliose Netzwerk Österreich dar. Weiteres bin ich damit einverstanden, dass Skoliose Netzwerk Österreich meine Angaben im Rahmen einer Datenbank auf seiner Internetseite bis auf Widerruf veröffentlicht.

|  |
| --- |
|  ***x* Ort, Datum *x* Stempel, Unterschrift** |

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den allgemeinen Vertragsbedingungen sowie den SNÖ AGB [(SkolioseNetzwerkÖsterreich/AGB)](https://skoliosenetzwerkoesterreich.com/impressum/) zu.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular inkl. der Datenschutzerklärung eingescannt oder fotografiert an folgende E-Mail-Adresse: info@skoliosenetzwerkoesterreich.com oder per Postweg an Skoliose Netzwerk Österreich, Dörfl 10, 8262 Ilz.