**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. Bieten Sie z.B. auch (Online) Gruppentraining, Online-Vorträge, Workshops, etc. an, würden wir Ihre Termine auf unsere Webseite unter Events anführen.*

###### [ ]  **Paket XS – 50,00€ jährlich \*\*\* Ich möchte Netzwerkpartner werden und meine Patient:innen profitieren davon.**

 *\*\*\* Sie erhalten für Ihre Patient:innen 20 Stück 50% Rabattgutscheine, die in unserem Online-Shop für Reiskissen, Aromakissen & Taschen eingelöst werden können. Sollten sie mehr Gutscheine benötigen, nehmen Sie bitte per Mail mit uns Kontakt auf!*

*Weiters verlinken wir zu Ihrer Webseite, Facebook, Instagram & Youtube (falls vorhanden).*

###### **Zahlungsart: Die Abrechnung erfolgt jährlich im Voraus per Banküberweisung\*\*\***

*Bei der Netzwerkpartnerschaft handelt es sich um einen regelmäßigen Jahresbeitrag.* ***Mindestvertragslaufzeit:*** *12 Monate. Danach verlängert sich der Vertrag auf unbestimmte Zeit und kann unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen jederzeit schriftlich oder per E-Mail gekündigt werden.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte senden Sie mir die Rechnung\*\*\*** | [ ]  Per E-Mail |
|  | [ ]  Per Postweg |

###### **☐** 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.