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

1. **Praxis-Kontaktdaten**

\* Pflichtfelder (Bitte keine privaten Kontaktdaten eintragen!)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name Praxis / Einrichtung / Klinik\*** | | 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. | |
|  |  | |
| **URL-Webseite (XS-Eintrag)\*\*** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Socialmedia-Account** | Facebook - Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Instagram - Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
|  |  | |
| **Krankenkassenvertrag\*** | Ja  Nein | |
| **Wahlarzt/Wahlärztin\*** | Ja  Nein | |
| **Behandlung von** | Kassenpatient:innen  Privatpatient:innen  Patient:innen aus dem Ausland (EU) | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie | FA für orthopädische Chirurgie und Traumatologie |
| FA für Orthopädie und Unfallchirurgie | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| FA für Kinderorthopädie | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**2. Weitere Informationen**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Kleinkinder | Korsettträger:innen |
| Kinder & Jugendliche | Postop. Skoliosen |
| Erwachsene | Postop. Skoliosen nach Harrington |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Skoliosen | Wirbelsäulenerkrankungen |
| Neuromuskuläre Skoliosen | Schmerzzustände am Bewegungsapparat |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Abklärung & Diagnose | Operative Therapien   * Minimal invasive Eingriffe * Stabilisationsoperationen * Dynamische Skoliosekorrekturen |
| Konservative Therapien   * Infiltrationen * Nervenwurzel-, Facettengelenksblockaden | Korsettversorgung (Kinder &Jugendliche)  Korsettversorgung (Erwachsene) |

###### **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 in der Expertensuche von Skoliose Netzwerk Österreich**

###### **Standard-Eintrag - KOSTENLOS\***

**\****Ihre Kontaktdaten (exl. Ihrer Webseite), sowie Inhalte aus Punkt 2, werden in der Expertensuche von*[*Skoliose Netzwerk Österreich*](https://www.skoliosenetzwerkoesterreich.at/search-listings/?q=&l=-1&c=-1)*angeführt.*

###### **XS-Eintrag - 150€ / Jahr\*\***

*\*\* Standard-Eintrag inklusive Praxislogo/ Bilddateien, Verlinkung zu Ihrer Webseite, Facebook & Instagram (falls vorhanden). Zudem wird Ihr Praxislogo auf der Startseite unserer Webseite platziert. Hinweis: Bitte senden Sie uns die Bilddateien (Logo/Portraitbild) per E-Mail im JPG- oder PNG-Format zu.Das XS-Einstiegspaket beinhaltet einen jährlichen Beitrag (einschließlich Werbung) mit einer Mindestvertragslaufzeit von 12 Monaten. Anschließend wird der Vertrag automatisch verlängert und kann jederzeit schriftlich oder per E-Mail mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen beendet werden.*

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

###### *Das XS-Eintragungspaket beinhaltet einen jährlichen Beitrag (einschließlich Werbung) mit einer Mindestvertragslaufzeit von 12 Monaten. Anschließend wird der Vertrag automatisch verlängert und kann jederzeit schriftlich oder per E-Mail mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen beendet werden.*

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

###### **☐** Senden Sie mir bitte **ein Infopaket 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** |

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.

Hinweis: Kein Ausweis der Umsatzsteuer! Umsatzsteuerbefreit - Kleinunternehmer gem. § 6 Abs. 1 Z 27 UStG. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den allgemeinen Vertragsbedingungen den SNÖ AGB zu.