



Bundesverband
Skoliose-Selbsthilfe e. V.
Siegburger Straße 1a
51491 Overath

Vollständige Kontaktdaten (Praxisstempel)

Rücksendung per Post, per Fax: (0 22 06) 9 04 79 58 oder per E-Mail: verwaltung@bundesverband-skoliose.de

Fragestellungen Physiotherapeuten

* Pflichtfeld

Name der Praxis* _____

Inhaber(in) der Praxis (Name(n), Vorname(n))* _____

Kontaktperson für Skoliose (Name, Vorname)* _____

Praxis-Adresse

Straße, Hausnummer:* _____

PLZ:* _____

Ort:* _____

Telefon:* _____

Fax: _____

E-Mail:* _____

Internet: _____

1. Anzahl Therapeuten (gesamt) _____

a. davon mit Skolioseerfahrung _____

b. davon nach Lehnert-Schroth ausgebildet _____

2. Anzahl Skoliosepatienten pro Jahr (gesamt) _____

a. davon Kinder/Jugendliche _____

b. davon Erwachsene _____

3. Angewendete Behandlungsarten für Skoliosepatienten:

- Schroth
- Spiraldynamik
- Vojta
- Sonstige

Wir behandeln

- vorwiegend konservativ (Kennzahl 1)
- vorwiegend nach Operation (Kennzahl 2)
- beides (Kennzahl 3)

4. Zertifizierung nach

- Schroth
- Spiraldynamik

5. Angebot von Skoliosegruppen

6. Spezielle Angebote für adulte Deformitäten:

7. Sonstige Leistungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorgenannten Angaben.

- Ich bin damit einverstanden, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. meine Daten auf Anfrage an Betroffene weitergibt. Mir ist bekannt, dass eine solche Weitergabe keine Empfehlung des Verbandes darstellt.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. meine Angaben im Rahmen einer Datenbank auf seiner Internetseite veröffentlicht.

Die Veröffentlichung ist für mich kostenfrei. Mir ist bekannt, dass der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. keine Verpflichtung zur Veröffentlichung übernimmt und sich das jederzeitige Recht vorbehält, Inhalte von der Internetseite herunterzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

