

RE-FAX: 05252/93 36 16

oder per Mail an **kontakt@atemwegsliga.de**

Ich bitte um Aufnahme in das Verzeichnis der **Physiotherapeuten/Atemphysiotherapie** unter www.atemwegsliga.de/physiotherapeuten.html und bin mit der elektronischen Erfassung und Veröffentlichung meiner Daten einverstanden. (Dieses Einverständnis kann jederzeit per Mail oder Fax widerrufen werden. Dann werden die Daten gelöscht).

Sie sind Physiotherapeutin oder Physiotherapeut? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, benötigen wir die folgenden Angaben. Die Dienstanschrift wird veröffentlicht, die Privat-Anschrift nicht.

Dienstanschrift Diese Angaben werden im Verzeichnis veröffentlicht!

Name, Vorname:

Klinik/Praxis

Straße:

Plz, Ort:

Tel./Mobil

Mobil-Tel.

Email

Internet

Privat-Anschrift: Diese Daten werden nicht veröffentlicht, helfen uns aber, den Kontakt zu halten.

Adresse:

Tel. privat

Private Email:

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen:

Diese Daten werden nicht veröffentlicht, aber elektronisch erfasst. Sie dienen internen Zwecken

1) Wo arbeiten Sie?

- ☐ Praxis für Physiotherapie
- ☐ Klinik ☐ Ambulante Behandlung möglich ☐ Ambulante Behandlung nicht möglich
- ☐ Sonstige Bereiche: _____
- ☐ Ich bin derzeit nicht als Physiotherapeut/in tätig.

2) Wird in Ihrer Praxis/Klinik physiotherapeutische Atemtherapie angeboten?

- ☐ **Nein** ☐ **Ja,**
falls ja, wie viele PatientInnen mit pneumologischen Erkrankungen behandeln Sie im Durchschnitt **pro Woche**?

2a) Erwachsene: : ☐ max. 5. ☐ 5-10 ☐ mehr als 10 PatientInnen/Woche

2b) Kinder: ☐ max. 5 Pat. ☐ 5-10 ☐ mehr als 10 PatientInnen/Woche

3) Welche Fortbildungen auf dem Gebiet der Atemphysiotherapie haben Sie besucht?

- ☐ **Fortbildung Atemphysiotherapie:**
Module bitte angeben: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ IV/E2 ☐ V ☐ VI ☐ E1 ☐ E3 ☐ E4
- ☐ Reflektorische Atemtherapie
- ☐ Selbsthilfetechniken bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (pneumologische Kenntnisse Ehrenberg)
- ☐ Physiotherapie bei chronischen Lungenerkrankungen und Mukoviszidose
- ☐ Weitere: _____