

Anrede: Herr Frau

Name:

Fax P:

Vorname:

Mobile:

Adresse:

E-Mail: _____ @

PLZ, Ort:

Website: _____ www.

Telefon G:

Geburtsdatum:

Fax G:

Nationalität:

Telefon P:

Sprachen d f i nl e

Mitgliedschaftskategorien:

selbstständig in

Organisation

Selbstständig seit: _____ (mind. 2 Jahre am gleichen Ort)

ZSR Nummer:

Name der Praxis:

Spezialitäten:

Ortho/Trauma Sport Neurologie Innere Medizin Pädiatrie Rheumatologie Kiefer-Orthopädie

Derma/Angio Geriatrie Psychiatrie Geb/Gyn/Uro. Domizilbehandlung Cardio/Pulmonal

Ausbildung PT-Schule/Institut:

Name:

Ort/Land

Diplomjahr:

Prüfung durch das SRK: ja nein

Infrastruktur/Praxis: (Qualität-Standards)

Grösse der Praxis (mind. 50 m²) Höhe mind. 220cm Rollstuhl – behindertengerecht. Behandlungszimmer (mind. 8m²), WC für Personal und Patienten, Empfang, Warteraum mit Sitzmöglichkeiten, Übungsraum muss vorhanden sein, (mind. 12m²)

Praxis muss in sich abgeschlossen sein (von allfälligen privaten und anderen gewerblichen Bereichen). Alle Behandlungsräume müssen belüftbar sein und über Tageslicht verfügen.

Praxis-Beschriftung mit der Tafel Mitglied physionetz sarganserland - werdenberg

Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Statuten und das Reglement des Vereins physionetz sarganserland-werdenberg erhalten und gelesen zu haben und diese zu anerkennen, sowie zur Einhaltung der Vorgaben der Qualitätsstandards.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Beilagen: - 1 Fotokopie der kantonalen Berufsausübungsbewilligung
- 1 Fotokopie SRK Anerkennung
- 1 Fotokopie Diplom/Fähigkeitsausweis