

Antrag auf Aufnahme in die Therapeutenliste



(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name: _____

Mitgliedsnummer: _____

Praxisadresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Homepage: _____

Approbation als: KJP PP

Fachkunde: PA TP VT syst. Therapie

Spezialisierungen: _____

Zusätzliche Angebote: Autogenes Training Hypnose

Gruppentherapie Familientherapie

_____ _____

Kassenzulassung: ja nein

Abrechnung: private Krankenkassen Selbstzahler

Kostenerstattung Beihilfe

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten auf der Homepage des bkj veröffentlicht und bei Anfragen verschickt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

Bitte senden, faxen oder per E-Mail an:
bkj-Geschäftsstelle, Brunnenstraße 53, 65307 Bad Schwalbach
Fax: 06124-726091, E-Mail: bgst@bkj-ev.de