

Antrag für eine **Aktivmitgliedschaft** im Verein KOMPAS

Aktivmitglied kann werden, wer über eine komplementärtherapeutische Ausbildung und zudem über palliativmedizinische Kompetenzen verfügt (Tätigkeitsfeld im palliativmedizinischen Bereich und/oder eine Ausbildung in Palliativmedizin).

Jahresbeitrag: 100.- Fr.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Private Adresse:

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Mobile: _____

Email: _____

Praxis Adresse:

Praxisname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Mobile: _____

Email: _____

Homepage: _____

Veröffentlichung eines Praxisprofils auf der Vereins-Homepage: Ja Nein

Domizil-Behandlungen: Ja Nein

Komplementärtherapeutische Ausbildung

Methode: _____

Krankenkassen-Registrierung: EMR Ja Nein andere: _____

Weitere nicht krankenkassenregistrierte Methodengruppen: _____

Verbandsmitgliedschaften: _____

Palliativmedizinische Kompetenzen

Ausbildung im Gesundheitswesen: _____

Ausbildungsstätte: _____

Ausbildung in Palliative Care: _____

Ausbildungsstätte: _____

Arbeitgeber: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Statuten gelesen zu haben und akzeptiere das Aufnahmereglement.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____
