



MITGLIEDSBEITRITT

Herr      Frau

Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_ Sprache : \_\_\_\_\_

Geschäftl. Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse *(wenn keine geschäftliche Adresse besteht)* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berufl. Tel. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Mitglieds-kategorie**

Aktives Mitglied    ZSR Nr:     bestehend    Nr: .....

                                GLN Nr:     bestehend    Nr: .....

Anmeldung im Gang    Nr: .....

Juniormitglied "Student"

Angestellter Mitglied  
Arbeitgeber: .....

**Diplom**

Land: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Schule/Universität: \_\_\_\_\_

Registriert beim Schweizerischen Roten Kreuz:     Ja                       Nein

**Photokopien zufügen**

- Berufsausübungsbewilligung
- Diplom
- Zertifikat der Einschreibung beim Schweizerischen Roten Kreuz



## Präsentieren Sie sich auf der SVFP-Website

Durch Informationen in dieser Liste kann die Öffentlichkeit einen Physiotherapeuten anhand verschiedener Kriterien wie geografischer Lage, Spezialität und Ausstattung finden. Es liegt daher in Ihrem Interesse, dieses Formular sorgfältig auszufüllen. Denken Sie daran, dass die Registrierung eines Fachgebiets eine moralische Verpflichtung des Physiotherapeuten darstellt, der seine Qualifikation in den genannten Bereichen, insbesondere im Hinblick auf die postgraduale Ausbildung, ausdrückt.

Bitte kreuzen Sie Ihre Spezialitäten an:

### SPEZIALGEBIETE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupressur                     | <input type="checkbox"/> Neurologie                               |
| <input type="checkbox"/> Aquagym                        | <input type="checkbox"/> Neurodynamik                             |
| <input type="checkbox"/> BGM                            | <input type="checkbox"/> Sportphysio                              |
| <input type="checkbox"/> Bobath für Erwachsene          | <input type="checkbox"/> Atemphysio                               |
| <input type="checkbox"/> Bobath für Kinder              | <input type="checkbox"/> Atemphysio Kinder                        |
| <input type="checkbox"/> Muskelketten                   | <input type="checkbox"/> PNF                                      |
| <input type="checkbox"/> Hakentechnik für Muskelfaszien | <input type="checkbox"/> Pressotherapie                           |
| <input type="checkbox"/> Entspannung - Relaxation       | <input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Rehabilitation               |
| <input type="checkbox"/> Lymphdrainage                  | <input type="checkbox"/> Haltungs-Rehabilitation                  |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule                   | <input type="checkbox"/> Rehabilitation des Urogenitalsystems     |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapie                | <input type="checkbox"/> Rehabilitation des Gleichgewichtssinns   |
| <input type="checkbox"/> Fango                          | <input type="checkbox"/> Muskeltraining mit Fitnessgeräten (MTT)  |
| <input type="checkbox"/> Hippotherapie-K®               | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie (Maitland, Sohler,...) |
| <input type="checkbox"/> Hydrothérapie                  | <input type="checkbox"/> Behandlung von Brandverletzten           |
| <input type="checkbox"/> Kinetic control                | <input type="checkbox"/> Triggerpunkte                            |
| <input type="checkbox"/> Taping                         | <input type="checkbox"/> Körperpsychotherapie                     |
| <input type="checkbox"/> Klein Vogelbach                | <input type="checkbox"/> Andere :.....                            |
| <input type="checkbox"/> Reflexzonenmassage             | .....   |
|   | .....   |

### BEHANDLUNGORT/ AUSSTATTUNG

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Praxis              | <input type="checkbox"/> Schwimmbecken/Rehabilitationsbecken | <input type="checkbox"/> Sprachen : |
| <input type="checkbox"/> Hausbesuche         | <input type="checkbox"/> Rollstuhlgängig                     | .....                               |
|  | <input type="checkbox"/> Fitnessgeräte (MTT)                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlungen | <input type="checkbox"/> Drukwellen                          | .....                               |

### ZUSATZGEBIETE

Bitte notieren Sie hier die Disziplinen, die Sie auf unserer Website veröffentlichen möchten:

.....	.....
.....	.....
.....	.....



## VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

---

Der Unterzeichnete verpflichtet sich :

- ✓ die Statuten der ASPI einzuhalten
- ✓ die Regeln der Standesordnung anzuwenden
- ✓ die Tarifverträge der ASPI sowie die diesbezüglichen Anwendungsrichtlinien einzuhalten
- ✓ die SVFP zu ermächtigen, meinen Namen und meine Angaben nur im Rahmen des Vereins zu benutzen.

Name, Vorname:

---

Datum und Unterschrift:

---

Bitte zurücksenden an  
ASPI  
CHEMIN DES PINSONS 3, 1012 LAUSANNE

### Beitritt zm Mitgliedsverband akzeptiert

Datum: .....

Unterschrift: .....