

1. Persönliche Angaben

Name:	
Adresse:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	

2. Beruflicher Werdegang

Aktuelle / letzte Tätigkeit

Praxis / Klinik:	
Zeitraum:	

Schwerpunkte / Aufgaben

Weitere relevante Tätigkeiten

Praxis / Klinik:	
Zeitraum:	

Schwerpunkte / Aufgaben

3. Ausbildung

Staatlich anerkannte/r Physiotherapeut/in ☐

Schule / Institution:

Zeitraum:

4. Fortbildungen / Zusatzqualifikationen

☐ Manuelle Therapie (MT)

☐ Lymphdrainage (MLD)

☐ Krankengymnastik am Gerät (KGG)

☐

☐

☐

5. Fachliche Kompetenzen

☐ Bitte ankreuzen, was auf Sie zutrifft:

☐ Orthopädische Behandlungstechniken

☐ Neurologische Behandlungstechniken

☐ Befundung & Dokumentation

☐ Trainingstherapie / Gerätetraining

☐

☐

☐

6. Persönliche Stärken

☐ Einfühlungsvermögen

☐ Teamfähigkeit

☐ Kommunikationsstärke

☐ Belastbarkeit

☐

☐

☐

7. Sprachkenntnisse

☐ Deutsch

☐ Englisch

☐

☐

8. EDV-Kenntnisse

☐ Praxissoftware Theorg

☐

☐

9. Sonstiges

☐ Führerschein vorhanden

☐ Bereitschaft zu Hausbesuchen

☐

10. Unterschrift

Ort / Datum

Unterschrift
