

Registrierung tri-fit® Fachtherapeuten-Netz

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Geb.-Datum: _____

Berufsabschlüsse:

seit _____ berufstätig als _____

Weiterbildungen:

Studium:

derzeitige Tätigkeit:

- selbstständig
- angestellt
- arbeitslos
- Sonstiges

verfügbare wöchentliche Arbeitszeit für weitere Tätigkeiten:



bevorzugt Arbeitsfelder:

- Einzelberatung § 43 SGB V
- Gruppenschulungen § 20 SGB V
- Fachvorträge

bisherige Arbeitsschwerpunkte:

Registrierung bei den Krankenkassen:

- bisher nicht erfolgt
- Einzelberatung § 43 SGB V
- Gruppenschulung § 20 SGB V (Vermeidung und Reduktion von Übergewicht)
- Gruppenschulung § 20 SGB V (Vermeidung von Mangel und Fehlernährung)

Registrierung erfolgte bei folgenden Krankenkassen (+Bundesland):

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

**tri-fit GmbH
Zehlendorfer Damm 36
14532 Kleinmachnow
Fax: 033203/771056**

**oder per E-Mail an:
k.dobberstein@tri-fit.de**