

# BEITRITTSANSMUCHEN

Ich ersuche um die Aufnahme in die  
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOFEEDBACK & PSYCHOPHYSIOLOGIE .

Name: .....

Geb.Dat.: .....

genaue Berufsbezeichnung (Facharztrichtung, klinische(r) Psychologe/in, Psychotherapieschule, bei StudentInnen Studienrichtung, allfällige Zusatzqualifikationen, etc.)

.....  
.....

Adresse (privat) .....

(Praxis) .....

(Institution) .....

Telephon: ..... (privat) ..... (dienstl.)

Fax: ..... (privat) ..... (dienstl.)

E-Mail: .....

ÖBfP - Zusendungen bitte an  privat  Praxis  Institution

Ich bin  selbständig  angestellt tätig.

Ich habe mit Biofeedback schon gearbeitet.  ja  nein

Meine derzeitigen Anwendungsbereiche von Biofeedback (max. drei Nennungen) :

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angst/Panik   | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Rückenschmerz   | <input type="checkbox"/> Sportler        |
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                   | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Streßprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Morbus Raynaud                | <input type="checkbox"/> Tortikollis     | <input type="checkbox"/> .....           |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz   | <input type="checkbox"/> Kinder                        | <input type="checkbox"/> .....           | <input type="checkbox"/> .....           |

Ich arbeite vorwiegend mit folgenden Geräten/ Parametern:

.....  
.....

Der Mitgliedsbeitrag 2024 beträgt € 85,--

Mitglieder erhalten auf Kosten von Veranstaltungen der ÖBfP und auf alle Seminare der ÖBfP eine Ermäßigung und beziehen regelmäßig Informationen aus dem Bereich Biofeedback (siehe „Members Only“ auf unserer Homepage).

Einzahlung der Mitgliedsbeiträge bitte auf das Konto der Österreichischen Gesellschaft für Biofeedback und Psychophysiologie: Bank Austria, BIC: BKAUATWW, IBAN: AT73 1200 0006 5526 4802, Verwendungszweck: "Mitgliedsbeitrag 20.. "

- Ich bin damit einverstanden, daß meine Adresse an Dritte (z.B.: andere Interessensvertretungen, Firmen, Patienten, etc.) weitergegeben wird (bitte ankreuzen)

Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte Beitrittsansuchen an untenstehende Adresse schicken.