



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOFEEDBACK UND PSYCHOPHYSIOLOGIE

AUSBILDUNG :: WISSENSCHAFT :: PRAXIS

BEITRITTSANSTUCHEN

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

Name:

Geb.Dat.:

genaue Berufsbezeichnung (Facharztrichtung, klinische(r) Psychologe/in, Psycho-
therapieschule, 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



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR BIOFEEDBACK UND PSYCHOPHYSIOLOGIE

AUSBILDUNG :: WISSENSCHAFT :: PRAXIS

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Angst/Panik | ☐ Neuromuskuläre | ☐ Rückenschmerz | ☐ Sportler |
| ☐ Asthma | ☐ Rehabilitation | ☐ Schlafstörungen | ☐ Streßprophylaxe |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Kopfschmerz | ☐ Tortikollis | ☐ |
| ☐ Inkontinenz | ☐ Morbus Raynaud | ☐ Kinder | ☐ |

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, ÖBfP
Erste Bank, IBAN: AT61 2011 1850 5804 0200
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.