

1. Kontaktdaten

Name	
Vorname	
Akadem. Titel	
Straße /Hausnr. (Praxisanschrift)	
PLZ / Ort (Praxisanschrift)	
Telefon	
Fax	
E-Mail-Adresse	
Praxishomepage	http://www.

Sind Sie förderndes Mitglied der DTL? nein ja, Mitgliedsnr.(falls zur Hand): _____

2. Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für:

--

Berechtigung zum Führen weiterer Gebietsbezeichnungen:

--

3. Arbeit mit Tinnitus-Betroffenen

Seit wann arbeiten Sie mit Tinnitus-Betroffenen?

--

Haben Sie ein besonderes Konzept zur Versorgung von Tinnitus-Betroffenen?

nein ja (Wenn ja, bitten wir um Übersendung des Konzeptes.)

4. Tinnitus-Behandlung

Behandlung bei chronischem Tinnitus:

Ich arbeite

allein im Team (Praxisgemeinschaft / Verbundgemeinschaft) mit
kooperierenden Ärzten – Fachrichtungen: _____

weitere Kooperationspartner:

5. Tinnitus-Diagnostik

Unsere Tinnitus-Diagnostik:

Wir veranlassen ggf. weitere Diagnosen:

6. Formalitäten

Zugangsvoraussetzungen, falls vorhanden (z.B. privat krankenversichert)

Kosten für Selbstzahler / IGEL

7. Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich Tinnitus

Wo (Ausbildungsstätte): _____ Wann (Jahr): _____

Zertifikat ausgestellt von (Institut): _____ am (Datum): _____

Ich nehme regelmäßig an Fortbildungen teil: ja nein

8. Besonderheiten meiner / unserer Tinnitus-Beratung

9. Bemerkungen / Anregungen

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten auf der Internetseite www.tinnitus-liga.de bzw. www.tinni.net veröffentlicht werden.

Wir benötigen Informationsmaterial der DTL zum Auslegen in der Praxis. ja nein

Bei der Suche nach Referenten kann mich die DTL gerne ansprechen. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel