

# SCHWEIZER FACHVERBAND MIND BODY MEDICINE : CHECKLISTE FÜR NEUE MITGLIEDER

Bitte senden Sie uns ein E-Mail mit folgenden Informationen an [info@sfmbm.org](mailto:info@sfmbm.org)

Die mit \* gekennzeichneten Informationen sind Pflichtangaben.

Fügen Sie bitte auch einen Lebenslauf an.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

- Titel
- Anrede\* (Frau/Herr/Divers)
- Vorname\*
- Name\*
- Strasse/Nr
- PLZ
- Ort
- Kanton
- Telefon
- Mobil
- E-Mail\*
- Geburtsdatum\*

## PRAXISANGABEN

- Praxisform :
  - Selbständig
  - Angestellt
- Adresse der Praxis
  - Adresse entspricht Privatadresse
  - Praxis hat andere Adresse (falls ja, diese bitte angeben)

## MIND BODY MEDICINE

- Berufsgruppe\*
  - Arzt oder Ärztin
  - Psychiater oder Psychiaterin
  - Anderes
- Mind Body Medicine-Erfahrung in Jahren\*:
- Therapieform\*
  - Einzeltherapie
  - Gruppentherapie
- \*Haben Sie eine MBM-Ausbildung absolviert?\*
- Ja
- Nein

## ZUSTIMMUNG \*

Um als MBM-Fachperson gefunden werden zu können, stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten (Name, Kontaktdaten, Praxis-Website) auf [www.sfmbm.ch](http://www.sfmbm.ch) zu.

- Ja
- Nein