



Bewerbung zum OTT® Kooperationspartner

Allgemeines

Name der Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Webseite: _____

IK-Nummer: _____

Fachliche Voraussetzungen

Anzahl der Mitarbeiter _____

Bitte tragen Sie hier ein, wie viele Ihrer Mitarbeiter über die jeweilige Qualifikation verfügen.

- Dipl. Sportlehrer _____
- Sportwissenschaftler _____
- Ärzte _____
- Physiotherapeuten _____
- Trainer _____
- Übungsleiter mit Lizenzen _____

Ist Ihre Einrichtung auf eine oder mehrere Fachrichtungen spezialisiert? ja nein

Wenn ja, auf welche (z.B. Neurologie, Orthopädie, Unfallchirurgie)?

Bitte geben Sie hier an, für welche Abrechnungspositionen Ihre Praxis zugelassen ist:

Abrechnungsposition (bitte ankreuzen)	Ja
KG-Gerät	
MLD	
MT	
ZPP (§20 SGB V)	



Haben Sie bereits das Zertifikat durch die Fortbildung zur Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie OTT® erworben? ja nein

Räumliche Voraussetzungen

Wie groß ist Ihre Einrichtung (Fläche in m²)? _____

Wie viele Behandlungsräume sind vorhanden? _____

Verfügen Sie über einen Kursraum? ja nein

Verfügen Sie über eine Trainingsfläche? ja nein

Sind Umkleidemöglichkeiten vorhanden? ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Sind Duschkmöglichkeiten vorhanden? ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Apparative Voraussetzungen

Verfügt Ihre Einrichtung über Geräte zur Förderung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination? ja nein

Wenn ja, um welche Geräte handelt es sich (Hersteller, Serie etc.)?

Art der Geräte

Anzahl

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Handelt es sich um Geräte mit Chipkartensteuerung?

ja nein

Sind die Trainingsgeräte vollautomatisch einstellbar bzgl. Individueller Belastung und Trainingsamplitude?

ja nein

Sind konzentrische und exzentrische Belastung unabhängig einstellbar?

ja nein

Ist eine geeignete Software für Dokumentation und Betreuung vorhanden?

ja nein

Mit meiner Unterschrift bewerbe ich mich für die OTT® Kooperationspartnerschaft mit MYAIRBAG und stimme der Verwendung meiner Daten zu diesem Zwecke zu. Hiermit bestätige ich, dass ich die Kontaktdaten freiwillig an MYAIRBAG-Training gegen Krebs GmbH übermittle. Mit der Verwendung meiner hier angegebenen Daten zur Kontaktaufnahme durch MYAIRBAG – Training gegen Krebs GmbH bin ich einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift und Stempel (wenn vorhanden)

Herzlichen Dank für Ihre Bewerbung!

Ihr MYAIRBAG-Team