

# Antrag auf Aufnahme in die Therapeutenliste



(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name:

Mitgliedsnummer: #

Praxisadresse:

---

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

---

E-Mail-Adresse:

Homepage:

---

Approbation als:  KJP  PP

Fachkunde:  PA  TP  VT  syst. Therapie

Spezialisierungen:

---

---

Zusätzliche Angebote:  Autogenes Training  Hypnose  
 Gruppentherapie  Familientherapie  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Kassenzulassung:  ja  nein

Abrechnung:  private Krankenkassen  Selbstzahler  
 Kostenerstattung  Beihilfe

**Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten auf der Homepage des bkj veröffentlicht und bei Anfragen verschickt werden.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

Bitte senden, faxen oder per E-Mail an:  
bkj-Geschäftsstelle, Unter den Eichen 5, Haus G, 65195 Wiesbaden  
Fax: 0611-88087951, E-Mail: info@bkj-ev.de