

### 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. Studienabschlüsse (Mehrfachnennung möglich)

- |  |                                       |                               |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Psych.    | <input type="checkbox"/> Promotion    | <u>Approbation</u>            |
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Päd.      | <input type="checkbox"/> Habilitation | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Soz.-Päd. |                                       | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Dipl.-Soz.-Arb. |                                       |                               |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin     |                                       |                               |
| <input type="checkbox"/> andere: _____   |                                       |                               |

### 3. Arbeit mit Tinnitus-Betroffenen

Seit wann arbeiten Sie mit Tinnitus-Betroffenen?

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



Wenn ja, bitten wir um Übersendung des Konzeptes.

#### 4. Tinnitus-Behandlung

Behandlung bei chronischem Tinnitus:

--

Ich arbeite

allein       im Team mit weiteren Kooperationspartnern:


#### 5. Tinnitus-Diagnostik

Meine Tinnitus-Diagnostik:

--

Ich veranlasse ggf. weitere Untersuchungen:

--

#### 6. Formalitäten

Haben Sie eine Kassenzulassung?  ja     nein

Kosten für Selbstzahler:

--

## 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 Tinnitus-Beratung

## 9. Bemerkungen / Anregungen

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten auf der Internetseite [www.tinnitus-liga.de](http://www.tinnitus-liga.de) bzw. [www.tinni.net](http://www.tinni.net) veröffentlicht werden.

Ich benötige 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