

# DATENBLATT

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon, E-Mail: .....

Dienstadresse: .....

..... Zustelladresse:  Privat  
 Dienst

Telefon, E-Mail: .....

## Ausbildung:

Diplom: .....  
Datum, Ort

Weiterbildung lt. § 64 Kontinenz- & Stomaberatung:  
Zutreffendes bitte ankreuzen

Kontinenz- & Stomaberatung  Stomaberatung .....  
 Kontinenzberatung Datum / Ort

Praxistätigkeit (Art/Dauer): .....  
im Rahmen der Kontinenz- und Stomaberatung

.....

weitere Qualifikationen: .....

Art der Mitgliedschaft:  ordentlich € 40,- p.a.  ausserordentlich € 200,- p.a.

Beratung in eigener Institution:  
(ist sie offiziell, Adresse, Tel., Öffnungszeiten)

Datenveröffentlichung der Beratungsstelle  
auf [www.kontinenz-stoma.at](http://www.kontinenz-stoma.at):

ja  nein

.....  
Datum, Unterschrift