

## Anmeldung Therapeutenverzeichnis Ottobock Website

Über das Therapeutenverzeichnis auf der Ottobock Homepage ([www.ottobock.de](http://www.ottobock.de)) können Anwender schnell und unkompliziert einen qualifizierten Physio- oder Ergotherapeuten in ihrer Nähe finden.

Sie möchten als Therapeut in unser Verzeichnis aufgenommen werden und verfügen über eine entsprechende Weiterbildung? Senden Sie uns einfach das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular sowie eine Kopie Ihrer Seminarbestätigung per E-Mail ([sylvia.loew@ottobock.de](mailto:sylvia.loew@ottobock.de)), per Fax (+49 5527 848-83419) oder per Post. Sobald Ihr Eintrag online ist, erhalten Sie eine E-Mail.

Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH  
 Stammdatenstelle  
 Max-Näder-Str. 15  
 37115 Duderstadt

**Bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten in Blockschrift so ein, wie sie auf der Website erscheinen sollen. (Pflichtangaben)**

Vorname	Name
Berufsbezeichnung	Praxisname / Institut
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Land	Telefon
E-Mail	Homepage

**Es besteht eine Kooperation mit folgendem / n Sanitätshaus / -häusern: (freiwillige Angaben)**

Firma	Firma
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort

### **Hinweis**

Bitte beachten Sie, dass die Daten von der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeichert und auf der Website [www.ottobock.de](http://www.ottobock.de) bzw. [www.ottobock.at](http://www.ottobock.at) im Bereich Therapeutenverzeichnis veröffentlicht werden. **Relevante Änderungen Ihrer Kontaktdaten oder der Wechsel des Kooperationspartners müssen der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH unverzüglich per E-Mail [sylvia.loew@ottobock.de](mailto:sylvia.loew@ottobock.de) mitgeteilt werden!** Das Therapeutenverzeichnis ist nicht rechtsverbindlich und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. Aktualität. Die Angaben, welche Seminare für Ottobock Produkte besucht wurden, beruhen auf freiwilligen Informationen der Therapeuten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme nachfolgend den aufgeführten Verwendungszwecken meiner Daten zu:

- Ansprachewege:**
- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> elektronisch (bitte E-Mail-Adresse angeben) | <input type="checkbox"/> postalisch          | <input type="checkbox"/> telefonisch |
| <input type="checkbox"/> Newsletter (bitte E-Mail-Adresse angeben)   | <input type="checkbox"/> Produktinformation  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Gewinnspiele                                | <input type="checkbox"/> Einladung zu Messen |                                      |
| <input type="checkbox"/> Studien / Auswertungen                      | <input type="checkbox"/> Umfragen            |                                      |

Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen durch die Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen Auskunft über meine bei Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeicherten Daten erhalten, diese sperren, berichtigen oder löschen lassen. Ich behalte mir das Recht vor, jederzeit die der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH erteilten Einwilligung zur Datenerhebung und Verwendung meiner Daten ohne Angaben von Gründen unter [prothetik@ottobock.de](mailto:prothetik@ottobock.de) zu widerrufen. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte, außerhalb der Otto Bock Geschäftsstellen, untersage ich, sofern dies nicht zur Erbringung der Dienstleistung oder zur Vertragsdurchführung durch die Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel

## Teilnahmebestätigung Ottobock Seminare

Voraussetzung für die Eintragung in unser Therapeutenverzeichnis ist die Teilnahme an mindestens einem Ottobock Seminar. Bitte vollständig ausfüllen und eine Kopie der Teilnahmebestätigung/en anhängen (wenn zur Hand). Nur so ist eine direkte Zuordnung der entsprechenden Qualifikation möglich.

Ich habe folgende Weiterbildung/en besucht:

### Prothesen – untere Extremität

### Datum der Teilnahme

- PuE-07a Gangtraining für Beinamputierte .....
- PuE-07b Gangtraining und Rehabilitation – Prothesen der unteren Extremität .....
- PuE-10 Gangtraining für Hüftexartikulierte und Hemipelvektomierte .....
- PuE-13 Gangtraining Kenevo – Genium .....
- PuE-21 Elektronische Prothesenfüße .....

### Prothesen – obere Extremität

### Datum der Teilnahme

- PoE-03 Myoelektrische Armprothesensysteme .....
- PoE-07 Zertifizierungsseminar: Axon-Bus Prothesensystem .....

### Neurorehabilitation

### Datum der Teilnahme

- NeR-08 Gangtraining Neurorehabilitation .....
- NeR-15 C-Brace® Beinorthese .....

**Weitere Seminare / Anmerkungen** (Falls Ihr Seminar nicht aufgelistete ist bitte hier eintragen.)

.....

.....

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift