

**1. Persönliche Angaben**

Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Fachgebiet \_\_\_\_\_ akademische Grade, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ärztliche Titel \_\_\_\_\_

**2. Praxisadresse**

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Internetadresse (Homepage) \_\_\_\_\_

**3. Praxisöffnungszeiten**

Mo \_\_\_\_\_ Di \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ Fr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Kassenärztliche Zulassung**

**5. Weitere Angaben zur Praxis** (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Praxisklinik / ambulante Operationen / Behandlungen)

**6. Erreichbarkeit der Praxis** (öffentliche Verkehrsmittel, Parkmöglichkeiten)

**7. Praxisschwerpunkte**

GS Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	HZ Herpes Zoster	<input type="checkbox"/>	KS Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
LB Kreuz-/Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	TU Krebschmerzen	<input type="checkbox"/>	NG Neuralgien	<input type="checkbox"/>
PS Phantomschmerzen	<input type="checkbox"/>	PN Polyneuropathien	<input type="checkbox"/>	RS Rheumaschmerzen	<input type="checkbox"/>
ETC Sonstige Syndrome	<input type="checkbox"/>				
SOF somatoforme Schmerzsyndrome	<input type="checkbox"/>	DBS Schmerzen bei Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>		
SYM Sympathische Reflexdystrophien	<input type="checkbox"/>	EW Schmerzen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>		

**8. Behandlungsmethoden**

AKU Akupunktur	<input type="checkbox"/>	BF Biofeedback	<input type="checkbox"/>	DV Denervationsverfahren	<input type="checkbox"/>
ET Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	EV Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	EB Entzugsbehandlung	<input type="checkbox"/>
GT Gesprächstherapie	<input type="checkbox"/>	GRT Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	HOM Homöopathie	<input type="checkbox"/>
HYP Hypnose	<input type="checkbox"/>	IV Imaginative Verfahren	<input type="checkbox"/>	KV Kognitive Verfahren	<input type="checkbox"/>
LAS Laser	<input type="checkbox"/>	MAN Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	NV Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>
PT Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	PHY Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	SB Sympathikusblockaden	<input type="checkbox"/>
ÜV Übende Verfahren	<input type="checkbox"/>	VT Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	ZST Zentrale Stimulation	<input type="checkbox"/>
IMP Implantation von Pumpen und Ports, u.ä	<input type="checkbox"/>	KPV Körperorientierte psychotherapeutische Verfahren	<input type="checkbox"/>		
NLP Neurolinguistisches Programmieren	<input type="checkbox"/>	ANÄ Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien	<input type="checkbox"/>		
PDV Psychodynamische Verfahren	<input type="checkbox"/>	PSG Psychosomatische Grundversorgung	<input type="checkbox"/>		
ROP Rückenmarksnahe Opioidapplikation	<input type="checkbox"/>	TNS Transkutane Nervenstimulation	<input type="checkbox"/>		
TLA Therapeut. Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	USW Sonstige Methoden	<input type="checkbox"/>		

**9. Sonstiges**

spez. Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	Algesiologe / Algesiologin	<input type="checkbox"/>	Schmerzkonferenzen	<input type="checkbox"/>
Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	Fortbildungsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>		

**10. Weitere Angaben / zusätzliche Informationen** (z.B. Sondersprechstunden, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechzeiten, besondere Einrichtungen für Behinderte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift:

Diese Angaben bitte an die Fax - Nr.: 06 11 / 37 92 10

oder:

W. Heinz • Wörthstr. 15 • 65185 Wiesbaden