



ivs-Geschäftsstelle  
Ulrike Felsing  
Schönfließer Str. 20  
10439 Berlin

ivs-Geschäftsstelle  
Schönfließer Str. 20, 10439 Berlin  
030-567 36 36 0  
info@ivs-online.de  
www.ivs-online.de

VR Bank eG  
Bergisch Gladbach-Leverkusen  
DE89 3706 2600 4005 4460 10

Finanzamt Köln-Nord  
Steuernummer: 217/5956/1228

:i

## Therapeut:in – Suche online

### Angaben für die Veröffentlichung im Internet und anderen Medien

**Persönliche Angaben** (\* = Pflichtangaben, ansonsten kann keine Veröffentlichung erfolgen)

|   |                          |    |                          |      |                          |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Vorname*  |                          |    |                          |      |                          |
| Nachname*                                       |                          |    |                          |      |                          |
| Titel   |                          |    |                          |      |                          |
| Berufsbezeichnung*, die zur Therapie berechtigt |                          |    |                          |      |                          |
| Zusatzqualifikation(en)                         |                          |    |                          |      |                          |
| Mögliche Fremdsprache(n)                        |                          |    |                          |      |                          |
| ivs-zertifiziert                                | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |

**Institution** (\* = Pflichtangaben, ansonsten kann keine Veröffentlichung erfolgen)

|                           |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Name der Institution*     |  |  |  |  |  |
| Straße und Nr.*           |  |  |  |  |  |
| PLZ und Ort*              |  |  |  |  |  |
| Festnetznummer            |  |  |  |  |  |
| Mobilfunknummer           |  |  |  |  |  |
| telefonische Sprechzeiten |  |  |  |  |  |
| Website                   |  |  |  |  |  |
| E-Mail*                   |  |  |  |  |  |

Ich bin damit einverstanden, dass die Dienstadresse mit Google Maps verlinkt wird

ja  nein

Eine Kassenabrechnung ist möglich

ja  nein

## ivs-Mailadresse

|  |  |
|--|--|
|  | Falls noch nicht erfolgt, bitte ich um eine kostenlose E-Mail-Adresse (falls noch frei) - Muster:<br><i>vormane.name@stottertherapeutin.de</i> bzw. <i>vorname.name@stottertherapeut.biz</i><br>zur Veröffentlichung auf der ivs-Website unter „StottertherapeutIn-Suche“<br>mit der <b>Weiterleitung zu folgender, eigenen Mailadresse:</b> |
|  |  |

## Angaben zum Angebot (bitte ankreuzen)

|  |                |  |  |
|--|----------------|--|--|
|  | Stottern       |  | Einzeltherapie                         |
|  | Mutismus       |  | Gruppentherapie                        |
|  | Poltern        |  | Einzel- & Gruppentherapie (kombiniert) |
|  | Vorschulkinder |  | ambulant                               |
|  | Kinder         |  | teilstationär                          |
|  | Jugendliche    |  | stationär                              |
|  | Erwachsene     |  | Intervall oder Block                   |
|  |                |  | Online                                 |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Freitext für online-Angebote |  |
|------------------------------|--|

## Ein Passfoto zur Veröffentlichung auf der ivs-Website

|  |  |
|--|--|
|  | habe ich beigefügt                                 |
|  | sende ich gesondert per E-Mail (möglichst als JPG) |

## Kurze Angaben zum Konzept

z.B. Ziele, Methoden, Grundlagen, Schwerpunkte

|  |  |
|--|--|
|  | habe ich beigefügt                                       |
|  | sende ich gesondert per E-Mail (möglichst als Textdatei) |

## Sonstige Angaben

z.B. Spezielle Angebote, interdisziplinäre Zusammenarbeit

|  |  |
|--|--|
|  | habe ich beigefügt                                       |
|  | sende ich gesondert per E-Mail (möglichst als Textdatei) |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich mit der Verarbeitung, Veröffentlichung und Weitergabe meiner Daten einverstanden bin.  
Die Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|