

AKKREDITIERUNG

Antragsformular für die Akkreditierung als Sportphysiotherapeut*in

- Level A
- Level B
- Level C

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an diese E-Mail Adresse:
akkreditierung.sportphysiotherapie@physioaustria.at



Physio Austria
Lange Gasse 30/1
1080 Wien

1. Antragsteller*in

Name/Vorname:	
Titel:	
Kontaktadresse:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Berufsberechtigt seit:	
Mitglied bei Physio Austria:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Mitgliedsnummer: <input type="text"/>

2a. Allgemeine Berufserfahrung

Geben Sie hier Ihre Dienstgeber*innen und Dauer der Anstellungsverhältnisse bzw. Informationen zu Ihrer freiberuflichen Tätigkeit an.

Dienstgeber*in/freiberufliche Tätigkeit	Zeitraum/ von - bis

2b. Spezifische Berufserfahrung (im Sportverein/Sportverband)

Geben Sie hier Ihre spezifische Berufserfahrung an und legen Sie die entsprechenden Bestätigungen Ihrem Antrag bei. (Level B: 400 Stunden; Level A: 600 Stunden)

Sportverein/Sportverband	Stunden/Monate

3. Weiterbildungen in der Sportphysiotherapie

(Weiterbildungen wie z. B. Masterlehrgänge oder abgeschlossene Weiterbildungen wie ESP, Impuls, SPOT, SPT)

Weiterbildung	Nr.	Name der Weiterbildungsorganisation	Beginn/Ende	Umfang (UE á 45 min)	ECTS falls möglich

4. Course Reflection/ Reflexionen der absolvierten, allgemeinen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten

(Nummerierung bitte analog zum Formular „Course Reflection“)

Fortbildung	Nr.	Name der anbietenden Organisation	Beginn/Ende	Umfang (UE á 45 min)	ECTS falls möglich

5. Critical Reflection (Kritische Reflexion) - Liste von Fällen im Bereich Sportphysiotherapie

(Nummerierung bitte analog zu Formular „Kritische Reflexion“)

Critical Reflection des Falles	Nr.	Sportart	Club- bzw. Vereinszugehörigkeit des /der Patient*in/ Klient*in	Altersgruppe	Abgebildete Kompetenz* (siehe Beilage IFSPT Kompetenz)

5. Critical Reflection (Kritische Reflexion) - Liste von Fällen im Bereich Sportphysiotherapie (Nummerierung bitte analog zu Formular „Kritische Reflexion“)

Critical Reflection des Falles	Nr.	Sportart	Club- bzw. Vereinszugehörigkeit des /der Patient*in/ Klient*in	Altersgruppe	Abgebildete Kompetenz* (siehe Beilage IFSPT Kompetenz)