



Ansuchen um Ausstellung der Fortbildungs-Bestätigung für BVA

Name:
Adresse:
Telefon:
Mail:
Mitglied in einem Berufsverband:
Angestellt bei:
Freiberufliche Praxis (Adresse):

Bitte pro Fortbildung ein Feld ausfüllen; kurze Beschreibung der angebotenen Seminar-Inhalte sowie Teilnahme- und Zahlungsbestätigungen in Kopie beilegen.

ACHTUNG:

- Es werden nur Formulare mit vollständigen Angaben anerkannt.
- **Bitte nur weiße Felder ausfüllen – graue Felder werden intern bearbeitet.**
- Fortbildungsbestätigungen müssen Titel, Thema, ReferentIn, Anzahl der Einheiten und Unterschrift aufweisen. Zahlungsbelege sind ebenfalls anzuschließen. Bestätigungen, welche nicht alle Angaben enthalten oder handschriftliche Korrekturen der Teilnehmerin aufweisen, werden nicht akzeptiert.
- Für Nichtmitglieder des Verbandes für LogopädInnen für OÖ kostet die Ausstellung der Fortbildungsbestätigung € 20,-.
- Die Fortbildungs-Bestätigung wird jeweils für ein Kalenderjahr ausgestellt.

Bereiche:

- 1) Kinder – SES
- 2) Kinder – frühe Therapie
- 3) Kinder – Behinderung
- 4) Myofunktionelle Therapie
- 5) Neurologie
- 6) Stimme und Atmung
- 7) Stottern
- 8) Mehrsprachigkeit
- 9) Störungen des Lesens, Schreibens und Rechnens
- 10) Hörstörungen
- 11) Mutismus
- 12) Audiometrie
- 13) Sonstiges

Gluckstraße 30/1, 4020 Linz

T ++43 / 732 / 33 10 77 **F** Dw 4, **E** office@logopaedie-ooe.at, **I** www.logopaedie-ooe.at

BANK Allgemeine Sparkasse OÖ **BLZ** 20320 **KONTO** 0000-050310

ZVR-Nr. 753455600



Seminare:

1	Datum:	Titel:	Bereich:	Intern FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
2	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
3	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
4	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
5	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
6	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			
7	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

Gluckstraße 30/1, 4020 Linz

T ++43 / 732 / 33 10 77 **F** Dw 4, **E** office@logopaedie-ooe.at, **I** www.logopaedie-ooe.at

BANK Allgemeine Sparkasse OÖ **BLZ** 20320 **KONTO** 0000-050310

ZVR-Nr. 753455600



8	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

9	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

10	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

Arbeitskreise, Logoabende, Interventionen etc.:

a	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

b	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

c	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			



d	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

e	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

f	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

g	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

h	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

i	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

j	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

Gluckstraße 30/1, 4020 Linz

T ++43 / 732 / 33 10 77 **F** Dw 4, **E** office@logopaedie-ooe.at, **I** www.logopaedie-ooe.at

BANK Allgemeine Sparkasse OÖ **BLZ** 20320 **KONTO** 0000-050310

ZVR-Nr. 753455600



k	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

l	Datum:	Titel:	Bereich:	FOBI Anerkannt Ja/nein
	ReferentIn:		Einheiten:	
	Veranstalter:			

Bei Fortbildungen, welche keinem Bereich eindeutig zugeordnet werden können, bitte kurze Begründung für die therapeutische Relevanz bzw. Angabe, bei welchen PatientInnen / Störungsbildern die Inhalte dieser Fortbildung angewandt werden:

Datum:

Unterschrift: