



## Ansuchen um Anerkennung FOBI-Topf der OÖ GKK

<b>Name:</b>
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,-.
- **Rückzahlungen vom Bildungskonto angeben (auch wenn nur Ansuchen vom Land OÖ bestätigt wurde, aber noch Geld auf das Konto ausgezahlt wurde!) - bitte Bestätigung dazulegen.**
- **Vom Dienstgeber bezahlte Fortbildungen, kostenfreie Fortbildungen NICHT auflisten! Bitte Umsatzsteuer nicht berücksichtigen!**

### **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:**

intern

1	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

2	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

3	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

4	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

5	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

6	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

7	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

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:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	

9	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	

10	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	

**Sonstige kostenpflichtige Fortbildungen (z.B. Supervisionen):**

a	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	

b	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	

c	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:		Einheiten:	Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:		Kosten:	<input type="checkbox"/> _____	



d	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

e	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

f	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

g	Datum:	Titel:	Bereich:	Bildungskonto <input type="checkbox"/> Antrag gestellt	FOBI anerkannt JA/NEIN
	ReferentIn:	Einheiten:		Rückzahlung in der Höhe von	
	Veranstalter:	Kosten:		<input type="checkbox"/> _____	

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: