

Fibromyalgie -Netzwerk - Saarland
c/o Kornelia Schmidt
Taubenstraße 43
66773 Schwalbach
www.fibronetz-saar.de
fmshgswalbach@yahoo.de
kontakt@fibronetz-saar.de



**Antrag für ambulante Behandler auf
Mitgliedschaft im
Fibromyalgie-Netzwerk Saarland**

Ich möchte Mitglied im Netzwerk werden und erkläre, dass ich mich dem multimodalen Behandlungskonzept, gemäß der „S3 Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom“ verpflichtet fühle und dessen Umsetzung unterstütze.

Ich werde für die Zielsetzungen des Fibromyalgie-Netzwerks Saarland eintreten und erkenne die Aufnahmekriterien für ambulante Behandler - Mediziner, Psychotherapeuten, Physio-/Ergotherapeuten, Krankengymnasten - an:

- Anerkennung des Krankheitsbilds und der Diagnose Fibromyalgie
- Leitlinien konforme Behandlung des Fibromyalgie-Syndroms
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Praxis _____

Name _____

Fachgebiet _____

Anschrift _____

Telefon _____

Email _____

Weiterführende Informationen:

Über die Aufnahme ins Netzwerk werde ich informiert. Daten, die nicht veröffentlicht werden sollen, habe ich mit X gekennzeichnet. Mit der Veröffentlichung der anderen Daten bin ich einverstanden. Die Mitgliedschaft im Netzwerk ist kostenfrei.

Datum, Ort

Unterschrift