

## Ihre Praxis oder Klinik als pQCT-Standort im Internet

Sie bieten pQCT Knochendichte & -geometrie an? Gerne nehmen wir Sie in unser Verzeichnis im Internet auf. So können sich interessierte Patienten aus Ihrer Region direkt an Sie wenden. Sie finden die Liste online auf unserer Webseite <http://www.galileo-training.com> (Rubrik "Standorte"). Dieser Service ist für Sie natürlich kostenfrei! Bitte senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per Post oder Fax zu. Sie können mehrere Geräte angeben. Auch wenn Sie zusätzlich Galileo Training oder Leonardo Mechanographie anbieten, müssen Sie das Formular nur einmal ausfüllen. Sollten sich Ihre Daten ändern, bitten wir Sie jedoch um Ihre schriftliche Mitteilung.

**Ihr Eintrag:** Für Ihren Eintrag benötigen wir die **fett** und mit einem Stern (\*) gekennzeichneten Daten. Angaben zu Fax und Internet sind optional.

**Name der Einrichtung\*:** \_\_\_\_\_

**Standort\*:**  Klinik  Niedergel. Arzt  Physiotherapie  
(Wählen Sie eine Option)  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Gerätetyp(en)\*:**  pQCT  Galileo Standgerät  Galileo Kipptisch  Galileo Hantel  Leonardo Mechanographie  
(Mehrfachnennung möglich)

**Straße, Nr.\*:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort\*:** \_\_\_\_\_

**Land\*:** \_\_\_\_\_

**Telefon\*:** \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Folgende weitere **fett** und mit einem Stern (\*) gekennzeichneten Angaben benötigen wir lediglich für die interne Prüfung. Diese Angaben werden **nicht** im Internet veröffentlicht! Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir ausschließlich Standorte für pQCT Knochendichte & -geometrie bzw. Leonardo Mechanographie oder Galileo Therapie- und Trainingsstandorte auf unserer Seite veröffentlichen.

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Seriennummer\*:** \_\_\_\_\_  
(mind. eines Geräts)

**Gerät\*:** \_\_\_\_\_  
(z.B. XCT 2000 L)

## Welche Patientengruppen werden von Ihnen betreut?

Häufig werden wir von Patienten kontaktiert, die spezielle Erkrankungen haben und eine Praxis suchen, die für sie geeignet ist. Um hier bestmöglich helfen zu können, bitten wir Sie uns mitzuteilen, welche Patientengruppen Sie hauptsächlich behandeln. Haben Sie zusätzlich ein Spezialgebiet?

\_\_\_\_\_

Bitte veröffentlichen Sie meine Daten wie oben angegeben im Internet.

Datum: \_\_\_\_\_ Praxisstempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_