

STAMMDATEN NETZWERKPARTNER

Wir bitten um

- Aufnahme als BGM-Gesundheitszentrum
- Aufnahme als BGM-Kompetenzzentrum
- Änderung unserer Daten gemäß nachfolgenden Angaben
- Löschung unserer Daten auf der Webseite

(Mehrfachangaben möglich)

Allgemeine Angaben zum Netzwerkpartner

Netzwerkpartner					
Firmenname		Webseite		Spezielle BGM-Seite	
Inhaber / Geschäftsführer					
Vorname		Nachname		E-Mail	DSSV-Mitgliedsnummer
Ansprechpartner für betriebliches Gesundheitsmanagement					
Vorname		Nachname		E-Mail	
Adresse					
Straße	Haus-Nr.	PLZ	Ort	Telefon	

Angaben Leistungen "Gesundheit und Fitness"

Kurzbeschreibung Leistungen Studio allgemein und speziell für Betriebe			
Bewegung / Fitness / Entspannung			
Gerätetraining <input type="checkbox"/>	Cardiotraining <input type="checkbox"/>	Gruppentraining <input type="checkbox"/>	Outdoorprogramme <input type="checkbox"/>
Präventives Krafttraining <input type="checkbox"/>	Therapeutisches Krafttraining <input type="checkbox"/>	Entspannungskurse <input type="checkbox"/>	
Beratung / Coaching			Maßnahmen Krankenkassenförderung
Ernährungsberatung <input type="checkbox"/>	Stressbewältigung <input type="checkbox"/>	Präventionskurse nach §20 SGB V <input type="checkbox"/>	

Angaben Leistungen "Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)"

Beratung / Betreuung für Unternehmen		
Beratung zum Aufbau eines BGM <input type="checkbox"/>	Moderation Arbeitskreis Gesundheit im Unternehmen <input type="checkbox"/>	
Organisation Gesundheitstag im Unternehmen <input type="checkbox"/>	Durchführung eines Projektmanagements <input type="checkbox"/>	
Durchführung folgender Analysen		
Arbeitsplatzanalyse <input type="checkbox"/>	Mitarbeiterbefragung <input type="checkbox"/>	Gesundheitszirkel <input type="checkbox"/>
Durchführung folgender Maßnahmen / Programme		
Arbeitsplatzgestaltung / Ergonomie <input type="checkbox"/>	Firmenfitness (nach § 3 Nr. 34 EstG) <input type="checkbox"/>	
Arbeitsplatzbezogene Rückenschule/-coaching <input type="checkbox"/>	Seminare und Workshops zum BGM <input type="checkbox"/>	

STAMMDATEN NETZWERKPARTNER

Qualifikationen

Art	BSA/BA/DHfPG	Andere*	Bezeichnung(en) - bitte nennen
Qualifikationen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trainerlizenz(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fachwirt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Qualifikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
Datum

* bitte entsprechende Nachweise (Kopie Zertifikat/Abschluss/Urkunde) beifügen, Teilnehmer der BSA/BA/DHfPG Qualifikationen benötigen keine