

MEDI SInn

CONNECTING HEALTH



Partnerprofil

We Provide You Change

Gemeinsam für mehr Gesundheit. Für alle. Überall.

Um eine optimale Kooperationsarbeit sowie Vermittlung zwischen Unternehmen und Partnern gewährleisten zu können, benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. **Das Ausfüllen der Daten erfolgt natürlich freiwillig!** Wenn Sie bestimmte Angaben nicht machen möchten, ist das völlig in Ordnung. Allerdings ist zu sagen, je mehr Angaben Sie machen, desto gezieltere Aufträge können wir dann speziell mit Ihnen vereinbaren.

Organisation / Firmenname:

Name:

Vorname:

Straße:

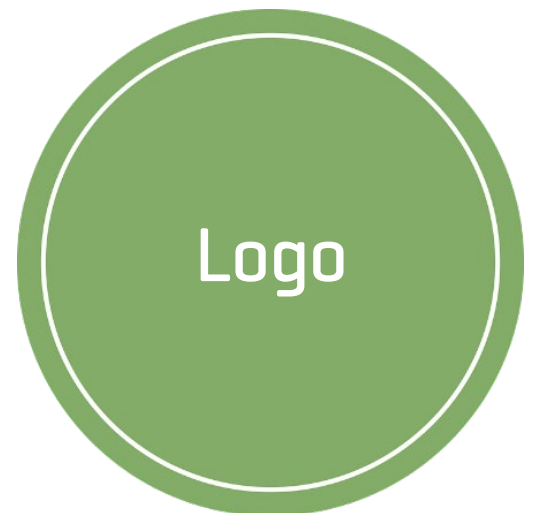
PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Handynummer:

Email:

Webseite:



Die Bild- und Logodatei können Sie uns gerne per Mail im Anhang zusenden und wir fügen sie im passenden Format für Sie ein. Optimal ist das Bild in **quadratischem Format** und mit **ca. 1000 Pixel**



Informationen für die Darstellung auf der Webseite

1. Beschreibung der Dienstleistung

Um eine gewisse Kategorisierung für die Kunden von MEDISinn auf unserer Webseite vornehmen zu können und ein breites Spektrum zur Auswahl zu stellen, wurden die unten genannten Themen als benötigte Maßnahmenkategorien analysiert.

Hierbei können sich mehrere Dienstleistungsangebote in derselben Kategorie befinden. Bitte gewichten Sie die Bereiche (max. 4), abhängig von Ihrer Schwerpunktarbeit. Falls Sie darüber hinaus noch andere Bereiche abdecken, teilen Sie uns diese gerne mit.

Neue Arbeitsformen (z.B. Homeoffice, Arbeitswelt 4.0) Pausenorganisation & Erholung Feedbackkultur Informationsübermittlung/ Kommunikation Gesunde Führung/ Führungskultur Konfliktmanagement	Stressmanagement/-prävention Teamentwicklung Risikofaktoren/ Arbeitsschutz Prozessoptimierung/ Gesunde Arbeitsprozess Zeitmanagement Arbeitsplatzgestaltung/ Ergonomie
---	---

Weitere Bereiche:

2. Bitte nennen Sie uns Ihre Coachingrelevante(n) Ausbildung(en)
[Nachweis bitte mitschicken]

3. Schreiben Sie ein kurzes Zitat, das Sie oder Ihre Arbeit beschreibt [in 2-3 Sätzen für
Webseite]



4. Wären Sie bereit für einen Auftrag zu verreisen?

Ja, bis zu einem Umkreis von:

Nein, nur in einem Maximalgebiet von 50 Km beginnend bei meiner Adresse

Weitere Informationen zu Ihnen und Ihrer Arbeit

5. In welcher Form findet Ihr Coaching statt

Einzelcoaching

Gruppencoaching

Falls Gruppenangebote: Wie viele Personen können an Ihren Kursen durchschnittlich teilnehmen?

6. Wie viel Unternehmen haben Sie im letzten Jahr betreut bzw. betreuen Sie noch immer?

7. Wo liegt die durchschnittliche Unternehmensgröße bei denen von Ihnen betreuten Unternehmen? (Ø Mitarbeiteranzahl)

8. Für welchen Zeitraum sind Sie durchschnittlich in den Unternehmen tätig? (Angabe in Monaten)

9. Wer ist in der Regel Ihr Ansprechpartner im Unternehmenskontakt?

10. Vergütung Ihrer Coaching-Leistungen (Preisspanne in €)

Preis pro Stunde (60 Minuten):

Halbtagespauschale:

Tagespauschale:



11. Können Sie sich vorstellen einen Beitrag an einem Gesundheitstag zu leisten?

Ja. In welcher Form?

Nein

12. Haben Sie generell Interesse an einer Veröffentlichung von Informationen, Berichten, Interviews o.ä. mit/von Ihnen auf den Social Media Kanälen von MEDISinn? [z.B. PGB-/MEDISinn-Homepage, Instagram, Facebook, LinkedIn]

Ja

Ja, aber nur auf folgenden Kanälen:

Nein, weil:

13. Sind Sie in einem Coaching-Netzwerk aktiv?

Ja

Nein

14. Individuelle Anregungen und Wünsche:

