

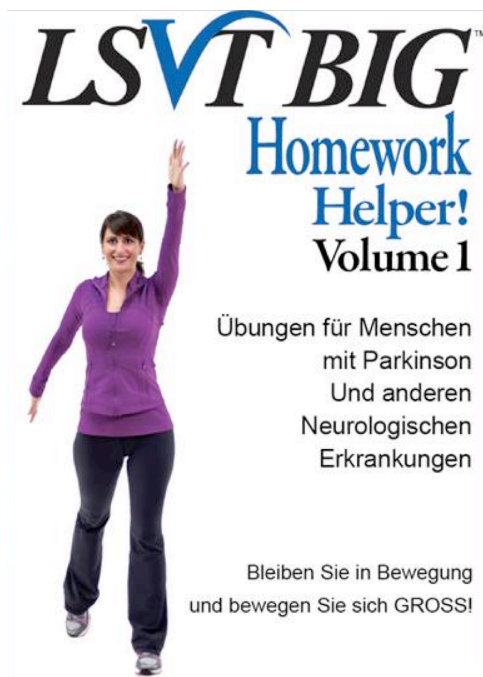


LSVT BIG[®], Homework Helper!

LSVT BIG Homework Helper! Volumen 1 ist die erste DVD mit Übungen, die auf der LSVT BIG Therapie aufgebaut ist.

Die DVD ist keine physiotherapeutische oder ergotherapeutische Behandlung.

Die DVD ersetzt auch nicht die LSVT BIG Therapie durch einen von LSVT Global zertifizierten Therapeuten.



Die deutschsprachige DVD - LSVT BIG Homework Helper! kann eingesetzt werden:

- **vor der Therapie:**
als Einführung in die LSVT BIG Therapie
- **während der Therapie:**
als Anleitung für die Übungen zu Hause
- **nach der Therapie:**
als Motivation zur weiteren Übung, damit Sie sich auch in den nächsten Jahren noch gut bewegen können!

„Der neue „LSVT BIG Homework Helper! ist ein wichtiger Bestandteil meiner täglichen Aufgaben geworden. Er beinhaltet alle Übungen, die ich in der LSVT BIG Therapie gelernt habe.“

PEGGY VAN HULSTEYN – LSVT BIG Teilnehmerin und Autorin des Buchs „Yoga and Parkinson’s Disease: A Journey to Health and Healing“

LSVT BIG® Homework Helper – Volume 1 - Bestellformular

Die deutsche DVD - LSVT BIG® Homework Helper! kann auf jedem DVD Player oder auf Computerlaufwerken mit entsprechender Videosoftware abgespielt werden.

Sehen Sie Ausschnitte der DVD unter <http://www.lsvt.de>

Die DVD ist ausschließlich als Ergänzung zur LSVT BIG Therapie einzusetzen, die von einem LSVT Global zertifizierten Therapeuten durchgeführt wird.

LSVT Therapeuten findet man im Internet: <https://www.lsvtglobal.com/LSVTFindClinicians>

Bitte füllen Sie das Bestellformular aus und senden Sie es an:

Thomas Brauer, LSVT Global Representative Germany, Draiser Str. 82a, 55128 Mainz
oder direkt an LSVT Global, 3323 N. Campbell Avenue, Suite 5, Tucson, AZ 85719,
oder per Fax in Deutschland an: +49 6131-364427
oder per Mail an info@lsvt.de (deutschsprachiger Support)

	Einzelpreis	Anzahl
LSVT BIG® Homework Helper DVD – Deutsche Version	€ 28,00	
Rabatt bei Bestellung von 5 und mehr DVDs	€ 21,00	
Versandkosten (unversicherter Versand):	€ 3,00	
Summe		

Name des LSVT BIG® zertifizierten Therapeuten, mit dem Sie zusammenarbeiten:

(bitte eintragen) _____

Rechnungsanschrift: (bitte deutlich schreiben)

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Stadt: _____

Tel: _____

Email: _____

Lieferanschrift (falls verschieden):

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Stadt: _____

Tel: _____

Email: _____

Bezahlung erfolgt über (bitte ankreuzen):

Visa MasterCard American Express Rechnung u. Überweisung

Kreditkarteninhaber: _____

Kreditkartennummer _____

Gültig bis: _____

Unterschrift: _____