

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
Mitgliederservice
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft

Die mit* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

ANGABEN ZUR PERSON*

Anrede, Titel _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ Fax _____

Mobiltelefon _____

E-Mail-Adresse _____

Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in eine Verteilerliste der DGPPN e. V. zum Zwecke der Aussendung von DGPPN-Mitgliederinformationen einverstanden.

KORRESPONDENZANSCHRIFT*

Anschrift (dienstlich, inklusive Klinikname/Praxis) _____

Anschrift (privat) _____

BERUFSGRUPPE*

<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt in Weiterbildung zum FA:
<input type="checkbox"/> FA für Nervenheilkunde	_____
<input type="checkbox"/> FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Diplom-Psychologin/Psychologe
<input type="checkbox"/> FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> Psycholog. Psychotherapeut/in
<input type="checkbox"/> FA für Neurologie	<input type="checkbox"/> andere akademische Berufsgruppe:
<input type="checkbox"/> FA für eine andere med. Fachrichtung:	_____

TÄTIG IN*

<input type="checkbox"/> Fachkrankenhaus	<input type="checkbox"/> Niederlassung/Praxis	<input type="checkbox"/> nicht im Gesundheitsbereich tätig
<input type="checkbox"/> Abteilung am Allgem.-Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> in Elternzeit
<input type="checkbox"/> Universitätsklinik	<input type="checkbox"/> MDK/Öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend
<input type="checkbox"/> andere Akutklinik	<input type="checkbox"/> tätig im nichtkurativen Bereich	<input type="checkbox"/> im Ruhestand

FUNKTION*

<input type="checkbox"/> Assistenzarzt/ärztin	<input type="checkbox"/> Chefarzt/ärztin	<input type="checkbox"/> leitende/r Psychologe/in
<input type="checkbox"/> Oberarzt/ärztin	<input type="checkbox"/> Praxisinhaber/in	<input type="checkbox"/> nichtkurativ tätige/r wiss. Mitarbeiter/in
<input type="checkbox"/> leitende/r Oberarzt/ärztin	<input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Praxis	<input type="checkbox"/> Andere:
<input type="checkbox"/> Ärztl. Direktor/in	<input type="checkbox"/> Psychologe/in	_____

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE*

<input type="checkbox"/> Klinische Versorgung	<input type="checkbox"/> Forschung	<input type="checkbox"/> Organisation
---	------------------------------------	---------------------------------------

Antrag auf Mitgliedschaft

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Seite 2

ARBEITSSCHWERPUNKTE *

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Suchtmedizin | <input type="checkbox"/> Pharmakologie |
| <input type="checkbox"/> Gesprächstherapie | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Schmerzmedizin |
| <input type="checkbox"/> Gestalttherapie | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Psychoanalyse/Tiefenpsychologie | <input type="checkbox"/> Neuropsychiatrie | <input type="checkbox"/> Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Schlafmedizin | <input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik | | |

ZUSATZQUALIFIKATION

- | | | |
|--|--|---|
| <i>Zusatzweiterbildung (nach WBO)</i> | <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <i>Schwerpunkt (nach WBO)</i> |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Sozialmedizin | <input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychoanalyse | <input type="checkbox"/> Verkehrsmedizin | <i>DGPPN-Zertifikate</i> |
| <input type="checkbox"/> Schlafmedizin | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaison-Dienst |
| <input type="checkbox"/> Suchtmedizinische Grundversorgung | | <input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement | | |

MITGLIEDSCHAFTEN (ANDERE WISSENSCHAFTLICHE BZW. BERUFSPOLITISCHE VERBÄNDE)

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACKPA | <input type="checkbox"/> BVDN | <input type="checkbox"/> DGGPP | <input type="checkbox"/> DGPs | <input type="checkbox"/> Hartmannbund | <input type="checkbox"/> ÖGPP |
| <input type="checkbox"/> AGNP | <input type="checkbox"/> BVDP | <input type="checkbox"/> DGKJP | <input type="checkbox"/> DGPT | <input type="checkbox"/> LIK | <input type="checkbox"/> SGPP |
| <input type="checkbox"/> BDK | <input type="checkbox"/> DGBP | <input type="checkbox"/> DGN | <input type="checkbox"/> DGSP | <input type="checkbox"/> LIPPs | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> BDN | <input type="checkbox"/> DGBS | <input type="checkbox"/> DGPM | <input type="checkbox"/> DKPM | <input type="checkbox"/> Marburger Bund | |

BEITRAGSGRUPPE GEMÄSS BEITRAGSORDNUNG AB 01.01.2020 *

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u. a. Assistenzärztin/Assistenzarzt) | 190 € |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u. a. leitende/r Oberärztin/Oberarzt, Chefärztin/Chefarzt) | 290 € |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe | 290 € |
| <input type="checkbox"/> im Ruhestand o. derzeit nicht berufstätig (bitte Nachweis beifügen) | 140 € |
| Angehörige anderer akademischer Berufsgruppen werden in Analogie zu o. g. Gruppen eingestuft. | |
| <input type="checkbox"/> Kooperatives Mitglied | |
| (Juristische Personen, Vereine etc., je nach Größe der Organisation zwischen 250 € und 1000 €. Festlegung der Beitragshöhe für kooperative Mitglieder nach Mitgliederzahl.) | |

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung der DGPPN e.V. an und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die DGPPN meine beruflichen Angaben für administrative Zwecke speichert und verarbeitet.
Die Neumitgliedschaft in der DGPPN ermöglicht die kostenfreie Teilnahme am DGPPN Kongress im ersten Jahr der Mitgliedschaft. Die kostenfreie Kongressteilnahme ist an eine mindestens zwei Jahre dauernde Mitgliedschaft in der DGPPN gebunden. Ehemalige Mitglieder kommen erneut in den Genuss der oben genannten Regelung (kostenfreie Kongressteilnahme) wenn mindestens zwei Jahre zwischen der Kündigung (zum 31.12.) und einem Neuantrag auf Mitgliedschaft bestehen.
Der Antrag auf Mitgliedschaft kann binnen 14 Tagen ab Vertragsschluss widerrufen werden. Dazu reicht eine Information an mitgliederservice@dgppn.de.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Zustimmung zur Datenspeicherung. Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN e.V. bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Fachgesellschaft verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Springer-Verlag für den Versand des Nervenarztes; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die DGPPN e.V. (Gläubiger-ID: DE50ZZZ00000048345) widerruflich den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen Zahlungsdienstleister an, die von der DGPPN von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Mitglieds.

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

IBAN _____

BIC _____

Unterschrift _____