

## DGPPN-Referat Psychiatrische Pflege

Dieser Antrag ist ausschließlich für die (kostenfreie) Mitgliedschaft im Referat Psychiatrische Pflege zu verwenden.

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

Rücksendung auch an:  
Fax: 030/240 477 229  
E-Mail: Mitgliederservice@dgppn.de

### Mitgliedsantrag

Anrede, Titel:	_____	Korrespondenz:	<input type="radio"/> dienstlich <input type="radio"/> privat
Name, Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Anschrift (dienst):	_____	Anschrift (privat):	_____
Telefon:	_____	Telefax:	_____
Mobiltelefon:	_____	E-Mail-Adresse:	_____
Beruflich tätig als:	_____	<input type="radio"/> Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in eine Verteilerliste der DGPPN zum Zwecke der Aussendung von Informationen zum Referat Psychiatrische Pflege und zur DGPPN einverstanden.	
Bundesland/Land:	_____		

### Fachbezogene Daten (Mehrfachnennungen möglich)

<b>Beruf</b>	<input type="radio"/> Altenpflege <input type="radio"/> Kindergesundheits- und Krankenpflege	<input type="radio"/> Gesundheits- und Krankenpflege <input type="radio"/>
<b>Weiterbildung</b>	<input type="radio"/>	
<b>Studium</b>	<input type="radio"/>	
<b>Arbeitsschwerpunkte</b>	<input type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie <input type="radio"/> Psychotherapie <input type="radio"/> Gerontopsychiatrie <input type="radio"/> Suchtpsychiatrie <input type="radio"/> Forensische Psychiatrie <input type="radio"/> Psychosomatik <input type="radio"/> Sozialpsychiatrie <input type="radio"/> Neuropsychiatrie	<input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/> Teilstationär <input type="radio"/> Tagesklinik <input type="radio"/> Ambulant <input type="radio"/> Freiberuflich
<b>Mitgliedschaft</b>	<input type="radio"/> BALK <input type="radio"/> BAG-KJP <input type="radio"/> BAPP <input type="radio"/> BeKD <input type="radio"/> BFLK <input type="radio"/> DFPP	<input type="radio"/> DBfK <input type="radio"/> VPU <input type="radio"/> DPV <input type="radio"/> DPVA <input type="radio"/> DGF <input type="radio"/> ÖGKV
		<input type="radio"/> Fachkrankenhaus <input type="radio"/> Abteilung am Allgemein-Krankenhaus <input type="radio"/> Universitätsklinik <input type="radio"/> andere Akutkliniken <input type="radio"/> Niederlassung/Praxis <input type="radio"/> Rehabilitationseinrichtung <input type="radio"/> Langzeitpsychiatrie <input type="radio"/> SGB XI <input type="radio"/> SGB XII

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die die Geschäftsordnung des DGPPN Referates Psychiatrische Pflege 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.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift