

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*

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

FA für Nervenheilkunde

FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie

FA für Neurologie

FA für eine andere med. Fachrichtung:

Ärztin/Arzt in Weiterbildung zum FA:

Diplom-Psychologin/Psychologe

Psycholog. Psychotherapeut/in

andere akademische Berufsgruppe:

TÄTIG IN*

Fachkrankenhaus

Abteilung am Allgem.-Krankenhaus

Universitätsklinik

andere Akutklinik

Niederlassung/Praxis

Rehabilitationseinrichtung

MDK/Öffentlicher Dienst

tätig im nichtkurativen Bereich

nicht im Gesundheitsbereich tätig

in Elternzeit

arbeitssuchend

im Ruhestand

FUNKTION*

Assistentenarzt/ärztin

Oberarzt/ärztin

leitende/r Oberarzt/ärztin

Ärztl. Direktor/in

Chefarzt/ärztin

Praxisinhaber/in

Angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Praxis

Psychologe/in

leitende/r Psychologe/in

nichtkurativ tätige/r wiss. Mitarbeiter/in

Andere:

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE*

Klinische Versorgung

Forschung

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

Zusatzweiterbildung (nach WBO)

- Psychotherapie
 Psychoanalyse
 Schlafmedizin
 Suchtmedizinische Grundversorgung
 Geriatrie
 Qualitätsmanagement

- Rehabilitation
 Sozialmedizin
 Verkehrsmedizin
 Sonstige: _____

Schwerpunkt (nach WBO)

- Forensische Psychiatrie
DGPPN-Zertifikate
 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaison-Dienst
 Forensische Psychiatrie
 Gerontopsychiatrie

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 01.01.08 *

- Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u. a. Assistenzärztin/Assistenzarzt) 170 €
- Angestellte/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe (u. a. leitende/r Oberärztin/Oberarzt, Chefärztin/Chefarzt) 260 €
- Niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe 260 €
- im Ruhestand o. derzeit nicht berufstätig (bitte Nachweis beifügen) 125 €
Angehörige anderer akademischer Berufsgruppen werden in Analogie zu o. g. Gruppen eingestuft.
- 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.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die DGPPN e.V. (Gläubiger-ID: DE5oZZZ0000048345) 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.

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

IBAN _____

BIC _____

Unterschrift _____