DGS Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Arbeitsgemeinschaft der Schmerzkonferenzen in Rheinland-Pfalz

San.-Rat Dr. O. Emrich
DGS Schmerzzentrum Ludwigshafen

Dr. A. Ensgraber
DGS Schmerzzentrum Trier

Wir freuen uns, dass Sie an unserer interdisziplinären **Online Video Schmerzkonferenz** teilnehmen wollen. Diese Schmerzkonferenz ist von der Landes Ärztekammer und der KV RLP anerkannt. Diese Angaben benötigen wir **bevor wir starten** können:

Name:
Adresse:
Beruf:
Tätigkeit:

Bitte senden Sie uns

- Ihre **E-Mail-Adresse**:
- Ihre **Faxnummer**:
- Ihre **EFN Nummer** (Barcode) und eine **Strichcode**-Kopie:
- Einen **Nachweis** z.B. Ihrer Mitgliedschaft in der DGS und/oder Ihrer Approbation, Psychologen/medizinischer Heilberuf (z.B. Kopie Arztausweis, Rezept, Hinweis auf Website Ihrer Praxis), dies dient dem Schutz der Daten der teilnehmenden Patienten.

Erklärung: Mit meiner Teilnahme unterliege ich der **ärztlichen Schweigepflicht**. Personenbezogene **Daten werden nicht weitergegeben**. Für die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift/Datum

_____

Anmeldung bitte an Fax Nr.: 032121481969