

**Arbeitsgemeinschaft der Schmerzkonferenzen in Rheinland-Pfalz**

San.-Rat Dr. O. Emrich Dr. A. Ensgraber

DGS Schmerzzentrum Ludwigshafen 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:

Bitte in Druckschrift ausfüllen

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.
* Ich bin mit der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Einladung und Erstellung von Teilnahmebescheinigungen, Erstellung von Teilnehmerlisten und deren Weitergabe zum Zwecke des Fortbildungsnachweises an die Ärztekammer einverstanden.

Ich bin Mitglied der deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin

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

Zum Nachweis der Teilnahme wird während der Konferenz die FoBi App der Ärztekammer benötigt.

Unterschrift/Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmeldung bitte an Fax Nr.: 032121481969**