



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:

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name:

Adresse:

Beruf:

Tätigkeit:

Bitte senden Sie uns

- Ihre **E-Mail-Adresse**: und Tel. -Nummer
- 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.

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 per Fax Nr.: **032121481969**

oder per Mail an: **schmerznetzkonferenz@gmail.com**