



Deutsche Gesellschaft für  
Schmerzmedizin e.V.  
z.Hd. Heike Fante  
Lennéstraße 9  
10785 Berlin

**DGS Algesiologe/in**  
**Antrag auf Verlängerung der Anerkennung für das Jahr 2020**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Jahr der Prüfung: \_\_\_\_\_

Nachweise:

1.

**Teilnahme an anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens 30 Kreditstunden im letzten Jahr**

2.  Teilnahme an mindestens 8 Schmerzkonferenzen im letzten Jahr\*

**Die Bearbeitungsgebühr für diesen Verlängerungsantrag beträgt 26 EUR.**

**Abgabefrist läuft am 31. März des laufenden Jahres aus**

Ich habe am ..... die Gebühr auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. bei der Deutschen Bank 24, BLZ 500 700 24, Kto.-Nr. 40 200 53, IBAN DE39500700240402005300, BIC DEUTDEDBFRA (bitte Namen und Kennwort „Rezert/ALG-2020“)\* überwiesen.

\* Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (Kopien) bei.

Antrag eingereicht:

Datum:

Unterschrift: