

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh



Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den [Datenschutzhinweisen für Mitglieder](#).

Personendaten

Anrede* Herr Frau Divers Titel* Geburtsdatum*

Name* Vorname*

Dienstlich

Einrichtung 1 (Klinik/Praxis)*
Einrichtung 2 (Abteilung)*
Straße* PLZ/Ort* Land/Bundesland*
Telefon Mobiltelefon Fax
E-Mail* Internet

Privat

Straße* PLZ/Ort* Land/Bundesland*
Telefon Mobiltelefon
E-Mail*

Adressierung

Welche **Postadresse** dürfen wir für Schriftwechsel, Rechnungen und die Zeitschrift für Rheumatologie verwenden:*

Persönlich im Unternehmen Privatanschrift *Bitte nur eine Anschrift auswählen!*

E-Mail-Adresse, die wir für den individuellen Schriftverkehr, unsere „Nachrichten aus der Fachgesellschaft“ und Ihren Zugang zur Webseite der DGRh verwenden dürfen:*

E-Mail

Angaben zu Ausbildung und Tätigkeit

Ausbildung*	Fachkompetenz	Ort der Tätigkeit:
<p><input type="radio"/> Arzt/Ärztin</p> <p><input type="radio"/> in Weiterbildung, und zwar voraussichtlich bis:</p> <p>Weiterbildungsnachweis beigelegt:</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> Naturwissenschaftler/-in</p> <p><input type="radio"/> Epidemiologie</p> <p><input type="radio"/> Bioinformatik</p> <p><input type="radio"/> Biologie</p> <p><input type="radio"/> Chemie</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p><input type="radio"/> Pharmazeut/-in</p> <p><input type="radio"/> Psychologe/-in</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p>	<p><i>(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt / zur Ärztin sind)</i></p> <p>FA/FÄ für</p> <p><input type="radio"/> Allgemeinmedizin</p> <p><input type="radio"/> Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)</p> <p><input type="radio"/> Innere Medizin und Rheumatologie</p> <p><input type="radio"/> Innere Medizin und</p> <p><input type="radio"/> Laboratoriumsmedizin</p> <p><input type="radio"/> Orthopädie oder</p> <p><input type="radio"/> Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p><input type="radio"/> mit Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p><input type="radio"/> Pharmakologie</p> <p><input type="radio"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin</p> <p><input type="radio"/> Kinder- und Jugendmedizin</p> <p><input type="radio"/> mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie</p> <p><input type="radio"/> Anderes Fachgebiet:</p> <p>Falls Sie weitere Anerkennungen in Schwerpunkten haben, die relevant sind, nennen Sie sie bitte hier:</p>	<p><i>(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt/zur Ärztin sind)</i></p> <p><input type="radio"/> Praxis</p> <p>Ich bin fachärztlich</p> <p><input type="radio"/> niedergelassen <input type="radio"/> angestellt</p> <p>Ich bin hausärztlich</p> <p><input type="radio"/> niedergelassen <input type="radio"/> angestellt</p> <p><input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Teilnahme an stationärer Versorgung</p> <p><i>Bitte nur ankreuzen, falls es auf Sie zutrifft:</i></p> <p><input type="radio"/> Ich versorge ausschließlich Privatpatienten</p> <p><input type="radio"/> Klinik</p> <p><input type="radio"/> mit <input type="radio"/> ohne Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung</p> <p><input type="radio"/> MVZ</p> <p><input type="radio"/> Forschungseinrichtung</p> <p><input type="radio"/> Unternehmen (Pharmaunternehmen, Biotechnologie, o.ä.)</p> <p><input type="radio"/> Behörde, Versicherung</p> <p><input type="radio"/> (vorübergehend) nicht berufstätig</p> <p><input type="radio"/> in Rente</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p>

Berufliche Position: Direktor/-in Chefarzt/-ärztin Leitende(r) Oberarzt/-ärztin Oberarzt/-ärztin Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin Angestellte(r) Arzt/Ärztin Angestellte(r) Facharzt/-ärztin Assistenzarzt/-ärztin Wissenschaftliche(r) Mitarbeiter/-in Sonstiges:

* Pflichtfeld

