

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh

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

Personendaten

Anrede* Herr Frau 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:*

Dienstanchrift 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

- Arzt/Ärztin
 in Weiterbildung, und zwar voraussichtlich bis:
- Naturwissenschaftler/in
 Epidemiologie
 Bioinformatik
 Biologie
 Chemie
 Sonstiges:
- Pharmazeut/in
 Psychologe/in
 Sonstiges:

Fachkompetenz

(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt / zur Ärztin sind)

- FA/FÄ für
- Allgemeinmedizin
 Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)
 Innere Medizin und Rheumatologie
 Innere Medizin und
 Laboratoriumsmedizin
 Orthopädie oder
 Orthopädie und Unfallchirurgie
 mit Schwerpunkt Rheumatologie
 Pharmakologie
 Physikalische und Rehabilitative Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie
 Anderes Fachgebiet:

Falls Sie weitere Anerkennungen in Schwerpunkten haben, die relevant sind, nennen Sie sie bitte hier:

Ort der Tätigkeit:

(bitte nur ausfüllen, wenn Sie Arzt/Ärztin sind oder in Weiterbildung zum Arzt / zur Ärztin sind)

- Praxis
 ich bin fachärztlich niedergelassen/angestellt
 ich bin hausärztlich niedergelassen/angestellt
 mit ohne Teilnahme an stationärer Versorgung
Bitte nur ankreuzen, falls es auf Sie zutrifft:
 ich versorge ausschließlich Privatpatienten
- Klinik
 mit ohne Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung
- MVZ
 Forschungseinrichtung
 Unternehmen (Pharmaunternehmen, Biotechnologie, o.ä.)
 Behörde, Versicherung
 (vorübergehend) nicht berufstätig
 in Rente
 Sonstiges:

EFN-Nummer: Landesärztekammer:

Berufliche Position:
 (z.B. Chefarzt, Oberarzt, Niedergelassener Arzt, Assistenzarzt mit /ohne Facharztanerkennung ect.)

* Pflichtfeld

