

Mitgliedsantrag

Ärzte und Ärztinnenverband Long COVID

Name, Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Fachgebiet:	<input type="text"/>
Straße (Praxis):	<input type="text"/>	Straße (privat):	<input type="text"/>
PLZ/Ort (Praxis):	<input type="text"/>	PLZ/Ort (privat):	<input type="text"/>
Telefon (Praxis):	<input type="text"/>	Telefon (privat):	<input type="text"/>
Fax (Praxis):	<input type="text"/>	Fax (privat):	<input type="text"/>
E-Mail (Praxis):	<input type="text"/>	E-Mail (privat):	<input type="text"/>
LANR:	<input type="text"/>	BSNR:	<input type="text"/>
NBSNR:	<input type="text"/>		

Kontakt

Eileen Schmidt, M.A.
Sekretariat Prof. Dr. M. Walter

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Philosophenweg 3
07743 Jena

Eileen.Schmidt@med.uni-jena.de
Tel: +49(0) 3641 9 390101
Fax: +49(0) 3641 9 390102

Fachbereich:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärzte (gemäß § 73 SGB V ohne Kinder- und Jugendmedizin) | <input type="checkbox"/> Intensivmedizin |
| <input type="checkbox"/> Hygiene-, Umwelt- und Arbeitsmedizin sowie öffentliches Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Gynäkologie, Urologie und Reproduktionsmedizin |
| <input type="checkbox"/> HNO- (insbesondere Phoniatrie und Pädaudiologie) und Augenärzte sowie Dermatologen | <input type="checkbox"/> Labor (Humangenetik, Biochemie, Pharmakologie, Labor- und Transfusionsmedizin) und Physiologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin (alle Facharztbereiche und Schwerpunktbereiche der inneren Medizin außer hausärztlich tätige Internisten) | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychosomatik | <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Physikalische und rehabilitative Medizin |
| <input type="checkbox"/> Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

Ich beantrage eine Mitgliedschaft als: Ordentliches Mitglied (s.o.) Außerordentliches Mitglied (s.o.) Institution / Firma (s.o.)

Ort, Datum: Unterschrift: _____

Weiterbildungsbefugnis: ja nein

Interesse an einer Mitarbeit innerhalb des Verbandes (welche?):

Datum

Unterschrift

Praxisstempel