

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGRh



Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V.

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*

- Arzt/Ärztin
 in Weiterbildung, und zwar voraussichtlich bis:
Weiterbildungsnachweis beigelegt:
 ja nein
- 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:

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

