

# Antrag auf Anerkennung Qualifikation Schwerpunkt Palliativmedizin DGS

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Mitglied DGS seit: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Nachweise: (Kopien beifügen)

Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" der LÄK seit: \_\_\_\_\_

oder

Algesiologe DGS seit: \_\_\_\_\_

oder

Qualifikation Schwerpunkt Schmerztherapie DGS seit: \_\_\_\_\_

oder

Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung der KV: \_\_\_\_\_

Palliativ- Care- Kurs über 120 Stunden bei der DGfP am: \_\_\_\_\_

oder

Nachweis einer Tätigkeit über zwei Jahre auf einer Palliativstation oder Hospiz:

\_\_\_\_\_

Qualifikation psychosomatische Grundversorgung wann und wo:

\_\_\_\_\_

Teilnahme am Qualitätszirkel Palliativmedizin mindestens viermal im Jahr:

\_\_\_\_\_

Antrag eingereicht: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Vom der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e. V. auszufüllen**

Geprüft von: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_