Antrag auf Anerkennung
Qualifikation Schwerpunkt Schmerztherapie DGS

Frau / Herr _____ Mitglied DGS: ☐

Adresse: _____

Nachweise:

- Curriculum Spezielle Schmerztherapie Teil 1 bzw. Grundlagenseminar I-VI von 40 Stunden

Ort: _____

Datum: _____

- Syndrom- und Methodenseminare von 40 Stunden, darin enthalten mindestens 10 Stunden neuroorthopädische Diagnostik

1.
2.
3.
4.
5.
6.

- Beteiligung an interdisziplinären Schmerzkonferenzen über ein Jahr (mindestens 8 jährlich)

Ort: _____

Anzahl: _____

- Ganztägige Hospitation in einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung über zweimal eine Woche

Ort: _____

Datum: _____

Antrag eingereicht: _____
Datum Unterschrift

Von der Geschäftsstelle auszufüllen:

Geprüft von 1: *2.*

_____