

(Stempel)

An den  
Vorstand der DGPM  
zur Weiterleitung an den jeweiligen Landesverband  
Robert-Koch-Platz 4

10115 Berlin

### **Aufnahmeantrag und Fragebogen für das DGPM-Mitgliederverzeichnis:**

- Antrag auf „ordentliche“ Mitgliedschaft (im Mitgliedsbeitrag sind Zeitschriftenpflichtabos enthalten)
- Antrag auf affilierte Mitgliedschaft (im Mitgliedsbeitrag sind Zeitschriftenpflichtabos enthalten)
- Antrag auf Mitgliedschaft mit reduziertem Beitrag (nur für Ärzte/innen in der Weiterbildung)  
(im Mitgliedsbeitrag sind Zeitschriftenpflichtabos enthalten)

Zeitschriften: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Vandenhoeck & Ruprecht)  
Ärztliche Psychotherapie (Schattauer Verlag)

Titel / Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Ärztelammer: \_\_\_\_\_

#### ***Nachstehende Angaben dienen ausschließlich zur internen Information der Fachgesellschaft:***

Gutachter KBV

Mitgliedschaft in anderen Fachgesellschaften/Berufsverbänden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Funktionen in Fachgesellschaften/Berufsverbänden und berufspolitischen Gremien

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Bitte **nur eine** Anschrift angeben, dienstlich **oder** privat, gilt auch als **Zustelladresse** für die beiden Zeitschriften.)

<b>Tätigkeit in:</b>		
( ) Hochschule		
( ) Klinik		
( ) Praxis		
( ) Sonstiges: _____		
Funktion: _____		
<b>In Weiterbildung:</b>	<b>Seit (Jahr)</b>	
Facharzt/-ärztin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/>
<b>Fachgebiete:</b>		
Psychosomatische Medizin u. PT/Psychotherapeutische Medizin		<input type="checkbox"/>
Psychiatrie und PT:		<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. PT		<input type="checkbox"/>
Sonstige Fachgebiete: (bitte ausschreiben)		
<b>Zusatzbezeichnungen:</b>		
Psychoanalyse:		<input type="checkbox"/>
Psychotherapie-fachgebunden:		<input type="checkbox"/>
Sozialmedizin:		<input type="checkbox"/>
Rehabilitationswesen:		<input type="checkbox"/>
Sonstige Zusatzbezeichnungen: (bitte ausschreiben)		
<b>Schwerpunkte</b>		
<b>Verfahrensschwerpunkte:</b>		
Dynamische Psychotherapie:		<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie:		<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsschwerpunkte (erworbene Kenntnisse und Erfahrungen):</b>		
Suchtmedizin:		<input type="checkbox"/>
Sexualmedizin:		<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie:		<input type="checkbox"/>
Psychotraumatologie:		<input type="checkbox"/>
Paar- u. Familientherapie:		<input type="checkbox"/>
Gruppentherapie:		<input type="checkbox"/>
Sonstige: (bitte ausschreiben)		
<b>Weiterbildungsbefugnis für:</b>	<b>Dauer der Befugnis (Mon):</b>	
Psychosomatische Medizin u. PT/Psychotherapeutische Medizin:		<input type="checkbox"/>
Psychiatrie und Psychotherapie u. PT:		<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie u. PT:		<input type="checkbox"/>
Sonstige Fachgebiete: (bitte ausschreiben)		

Die Mitgliedschaft im LV beinhaltet zugleich die Mitgliedschaft im Bundesverband und umgekehrt.

**Beitragsstruktur (Jahresbeitrag):**

Ordentliche und affilierte Mitglieder 390,00 € (inkl. Zeitschriften-Abo)

*Reduzierter Beitrag*

für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung (Weiterbildungsassistenten) 155,00 € (inkl. Zeitschriften-Abo)

für nicht (mehr) Erwerbstätige (**auf Antrag**) 170,00 € (inkl. Zeitschriften-Abo)

Neue Mitglieder haben im ersten Jahr der Mitgliedschaft einen finanziellen Vorteil beim Besuch des DGPM/DKPM Kongresses. Der Beitrag wird gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung obligatorisch im Lastschriftverfahren eingezogen. Eine ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigung liegt bei.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und erteile Ihnen die Erlaubnis, meine angegebenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der DSGVO zu speichern. Die Datenschutzerklärung der DGPM finden Sie auf der DGPM Homepage im Impressum: [www.dgpm.de/de/impressum/](http://www.dgpm.de/de/impressum/)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

**Deutsche Gesellschaft für  
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM e.V.)  
Robert-Koch-Platz 4, 10115 Berlin  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00000020135**

widerruflich zu Lasten meines/unseres unten angegebenen Bankkontos den fälligen Mitgliedsbeitrag **jährlich** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGPM e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Die Mandatsreferenz wird Ihnen nach Eintragung in unser Mitgliedsverzeichnis mitgeteilt.)

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name)

---

BIC

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

---

Ort, Datum und Unterschrift