

Aufnahmeantrag

Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Neuropädiater AG NNP e.V.

(zu richten an die Schriftführerin der AG-NNP, Frau Dr. med. Kirsten Stollhoff, Neue Große Bergstr.7,
22767 Hamburg)

1. Vorsitzender:
Dr. med. Folkert Fehr
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim
Tel.: +49.7261.65200
Fax: +49.7261.976267
folkert.fehr@ag-nnp.de

2. Vorsitzender:
Dr. med. Hans-Jürgen Kühle
Ostanlage 2
35390 Gießen
Tel.: +49.641-9303004
Fax: +49.641-9303005
hans.juergen.kuehle@ag-nnp.de

Angaben zur Person

Nachname	Titel/Vorname
Anschrift (Praxis)	
Tel. (Praxis)	Tel. (privat)
Fax. (Praxis)	Fax. (privat)
E-Mail-Adresse	
Homepage	
Pädinform	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schriftführerin:
Dr. med. Kirsten Stollhoff
Neue große Bergstr. 7
22767 Hamburg
Tel.: +49. 40.38915555
Fax: +49. 40.38915553
kirsten.stollhoff@ag.nnp.de

Geschäftsstelle:
Sabrina Kaiser
Tel.: + 49.40.38915555
info@ag-nnp.de

Homepage:
www.ag-nnp.de

Bankverbindung:
Kto.-Nr. 26494
Sparkasse Kraichgau
BLZ 663 500 36

Datum:
Unser Zeichen: AG-NNP/DF

Angaben zur neuropädiatrischen Ausbildung gemäß Vereinssatzung

Welche Facharztweiterbildung, wo?	
Weiterbildung Neuropädiatrie, wo?, wie lange?	
Mitglied der Gesellschaft für Neuropädiatrie	Anerkennung Schwerpunkt Neuropädiatrie seit?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Inhaber des EEG Zertifikates der Dt. Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mitglied der Dt. Gesellschaft für Epileptologie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neuropädiatrisch tätig in <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Institutsambulanz <input type="checkbox"/> SPZ seit: _____	Anerkennung als Schwerpunktpraxis für Epileptologie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer selektiven Weitergabe meiner Adresse durch den Vorstand der AG NNP ausdrücklich <i>nicht</i> einverstanden.	

Ort, Datum -

Unterschrift -