



AG-NNP.de

Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e.V.

Eingetragen im Vereinsregister
beim Amtsgericht Bretten,
Postfach 1103 75001 Bretten
Gemeinnützigkeit anerkannt
nach § 52 AO.

Assoziiert mit dem
Berufsverband der Kinder- &
Jugendärzte e.V. und der
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.

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@t-online.de

2. Vorsitzender:
Dr. med. Lukas Vogler
Gersbach 1/1
74589 Satteldorf
Tel. 07950-2836
Fax: 07950-2928
praxis@kinderarzt-dr-vogler.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
stollhoff@gmx.de

Geschäftsstelle:
Franziska Quaß
Tel.: 040-38915555
ag-nnp@t-online.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	

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

Ort, Datum -

Unterschrift -