

**Antrag zur Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener  
Neuropädiater (AG NNP) e.V.**

*(zu richten an die Schriftführerin der AG Dr. Isabel Cordes, Lettenfeldstrasse 8, 90592 Althamm)*

<b>Antragsteller</b>	
<b>Nachname :</b>	<b>Titel/Vorname:</b>
<b>Anschrift (Praxis)</b>	
<b>Tel. (Praxis):</b>	<b>Tel. (privat):</b>
<b>Fax (Praxis):</b>	<b>Fax (privat):</b>
<b>E-Mail-Adresse:</b>	
<b>Web-Sites :</b>	
<b>Internetzugang</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>In PädInform</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Angaben zur neuropädiatrischen Ausbildung (gemäß Vereinssatzung)</b>	
<b>Welche Facharztausbildung?</b>	
<b>Neuropädiatrische Ausbildung in welcher Abteilung?</b>	
<b>Dauer der ärztlichen Tätigkeit in neuropädiatrischen Abteilungen?</b>	
<b>(Falls Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) In welcher pädiatrischen Klinik waren Sie für welche Dauer in der pädiatrischen Versorgung tätig?</b>	
<b>Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Neuropädiatrie</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Mitglied in der internationalen Liga gg. Epilepsie</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Inhaber des EEG-Zertifikats d. Dt. Ges. f. klin. Neurophysiologie</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Neuropädiatrisch tätig seit _____</b> <input type="checkbox"/> in Praxis <input type="checkbox"/> in Institutambulanz <input type="checkbox"/> in SPZ
<input type="checkbox"/> Ich bin mit einer selektiven Weitergabe meiner Adresse durch den Vorstand der AG NNP für Vereinszwecke ausdrücklich <u>nicht</u> einverstanden.	

- Ort, Datum -

- Unterschrift -