

Aufnahmeantrag für PaedNetz Oberbayern Nord

Ich möchte im regionalen PaedNetz aufgenommen werden als

ordentliches Mitglied

Mitgliedsbeitrag: 50,- € jährlich, zuzüglich jährlicher Beitrag für PaedNetz Bayern gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung (Stand Januar 2012)

einmalige Aufnahmegebühr 120,- €, davon 100,- € für PaedNetz Bayern

Voraussetzungen für die Aufnahme:

- Mitgliedschaft im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- Zugang zum elektronischen Informationssystem PädInform
- Homepage bei Kinderärzte-im-Netz
- Regelmäßige aktive Mitarbeit in den Qualitätszirkeln

außerordentliches Mitglied

Mitgliedsbeitrag: 50,- € jährlich, davon 30,- € an PaedNetz Bayern

Voraussetzungen für die Aufnahme:

- Zugang zum elektronischen Informationssystem PädInform
- Therapeutische Arbeit an Kindern und Jugendlichen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- niedergelassener Kinder- und Jugendarzt mit Praxissitz in der Region bin
- Mitglied des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte bin
- einen Zugang zum elektronischen Informationssystem PädInform habe
- eine Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de habe
- Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Teilnahme an einem von der KV anerkannten Qualitätszirkel

Folgende Anträge/Unterlagen liegen meinem Aufnahmeantrag bei

- Datenerfassungsbogen PaedNetz-Datenbank
- Aufnahmeantrag beim Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- Antrag für einen Zugang zum elektronischen Informationssystem PädInform
- Anmeldung für eine Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de

=====

Einzugsermächtigung

Die einmalige Aufnahmegebühr sowie der Jahresbeitrag sollen abgebucht werden von:

Kontoinhaber: _____ **Konto-Nr.:** _____

Geldinstitut: _____ **Bankleitzahl:** _____

Datum, Ort: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte schicken Sie die ausgefüllten und unterschriebenen Formulare an:

Dr. Birgit Heck-Buchhorn
Untere Marktstr. 1
85092 Kösching

PaedNetz

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgäu | <input type="checkbox"/> Inn-Salzach-Rott | <input type="checkbox"/> München | <input type="checkbox"/> Oberbayern Nord | <input type="checkbox"/> Oberbayern Südwest | <input type="checkbox"/> Oberpfalz |
| <input type="checkbox"/> Augsburg | <input type="checkbox"/> Mittelfranken | <input type="checkbox"/> Niederbayern | <input type="checkbox"/> Oberbayern Südost | <input type="checkbox"/> Oberfranken | <input type="checkbox"/> Unterfranken |

Stammdaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede	Titel	LANR (Lebenslange Arztnummer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	BSNR (Betriebsstättennummer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	KIN-Homepage
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobil-Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstanschrift	Privatanschrift	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.	Straße/Nr.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz	Adresszusatz	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	Fax	<input type="text"/>

Verband- und Vertragsdaten

BVKJ-Status	PaedNetz-Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BVKJ-Mitgliedsnummer	PaedNetz-Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BVKJ-Landesverband	Eintrittsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ärztekammer	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
BVKJ Region	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teilnahme an folgenden Verträgen	
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> AOK PZV
<input type="checkbox"/> Asthma DAK	<input type="checkbox"/> Asthma TK
<input type="checkbox"/> BKK Sprechstunde	<input type="checkbox"/> BKK Starke Kids

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in der PaedNetz-Datenbank gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

BEITRITTSERKLÄRUNG / ERHEBUNGSBOGEN

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. und mache folgende Angaben zu meiner Person:
- Hiermit mache ich folgende Angaben zur Aktualisierung meiner Mitgliedsdaten:

Angaben zur Person:

Mitgliedsnummer: _____ (nur wenn bekannt bzw. vergeben)

Name: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Eintrittsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Anschriften:**Privatanschrift:**

Adress-Zusatz: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Rufnummer: _____

Telefaxnummer: _____

Dienstanschrift:

Adress-Zusatz: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Rufnummer: _____

Telefaxnummer: _____

Allgemeine Angaben:

Mobil-Nr.: _____

E-mail-Adresse: _____

Internetadresse: _____

Die Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ ist zu senden an die:

- Privatanschrift Dienstanschrift

Post ist zu senden an die:

- Privatanschrift Dienstanschrift

Beitragszahlung:

- per Einzugsverfahren

Bankbezeichnung: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

- gegen Rechnung

Die Beitragshöhe wird festgelegt auf Grund der folgenden Angaben lt. gültiger Beitragsordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Berufsausübung (mehrere Angaben möglich): **Niedergelassener Arzt seit:** _____

- Kassenarzt
- Nur private Kassen
- Einzelpraxis
- Praxisgemeinschaft
- Gemeinschaftspraxis mit: _____
- MVZ

- Teilzeittätigkeit
- Zur Weiterbildung zugelassen
- Apparate-Gemeinschaft
- Laborgemeinschaft
- Belegarzt-Tätigkeit
- Jobsharing

 Krankenhausarzt

- Chefarzt
- leitender Arzt
- Krankenhaus-Direktor
- Oberarzt

 Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst **Sonstige ärztliche Tätigkeit:** _____ **Keine Berufsausübung****Allgemeine Angaben zur Berufsausübung:**

- Assistenzarzt mit Gebietsanerkennung
- Assistenzarzt in Weiterbildung
- Teilzeittätigkeit
- nebenberufliche Tätigkeit

- angestellt in Krankenhaus/Institut
- angestellt in Praxis
- angestellt in MVZ

Gebietsbezeichnung:

- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
- Kinderchirurgie
- Sonstiges: _____

Zusatz-Weiterbildungen:

- Endokrinologie/Diabetologie
- Gastroenterologie
- Nephrologie
- Orthopädie
- Pneumologie
- Rheumatologie

Schwerpunkte:

- Kinder-Hämатologie und -Onkologie
- Kinder-Kardiologie
- Neonatologie
- Neuropädiatrie

Zusatz-Bezeichnungen:

- Akupunktur
- Allergologie
- Hämostaseologie
- Infektiologie
- Intensivmedizin
- Naturheilverfahren
- Sonstige: _____
- Notfallmedizin
- Psychoanalyse
- Psychotherapie
- Schlafmedizin
- Sportmedizin
- Schmerztherapie

Praxisbesonderheiten (bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten):

- Präsenzlabor
- Größeres eigenes Labor
- Röntgen
- EEG
- EKG
- Sonographie
- Allergologie: Diagnostik Therapie
- ADS

- Physikalische Therapie
- Krankengymnastik
- Ergotherapie/Beschäftigungstherapie
- sensomotorische Entwicklungstherapie
- Logopädie
- Mukoviszidose
- Pneumologie
- Sonstige: _____

Mitgliedschaften:

- DGKJ
- DGSPJ
- Marburger Bund
- Hartmannbund
- NAV Virchow-Bund
- Dt. Ärztinnenbund

Funktionen:

- im Bereich d. Ärztekammer: _____
- in einer KV: _____
- Sonstige: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Daten in der EDV des BVKJ gespeichert werden.

Ort/Datum

Unterschrift

Hiermit melde ich mich zum Fach-Informations-
verbund an. Die Teilnahme ist kostenfrei.
Ausnahmen hiervon sind gekennzeichnet.

Bitte drucken Sie diese Seite aus und füllen Sie sie aus.
Schicken/faxen Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an die
folgende Adresse:

Informationsverbund UMINFO-ADIZ-ALLINFO
c/o Kinderumwelt gGmbH (vormals DISA/DISU)
Westerbreite 7
49 084 OSNABRÜCK
Fax: 0541-9778-905
(aus dem Ausland: + 49 541 9778-905)

Die Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail
(in der Regel innerhalb 48 Stunden).

Umweltmedizin und Allergologie

UMINFO + ADIZ + ALLINFO

Anmeldung zusätzlich zu folgenden Fachnetzen/Intranetbereichen:

- PädInform (Testabonnement, kostenfrei)
- PädInform (Dauernutzung, Kostenbeitrag erforderlich)
- GPP GNP PaedNetz _____ (Ort bitte eintragen)
- DermInform
- PraxInform
- Öffentlicher Gesundheitsdienst** (Testabonnement, kostenfrei)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst** (Dauerabonnement, im Kontingent kostenfrei)
- Netstap
- Präventionsassistentin
- Amtsarztforum (Österreich)

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail (bitte unbedingt angeben, sonst Rückumschlag): _____

Arzt-/Dienststempel: _____

- Bitte richten Sie mir einen Zugang über Ihre Homepage www.uminfo.de ein
und teilen Sie mir die Zugangsdaten per E-Mail mit.
- Ich bitte zusätzlich um Informationen zu dem von Ihnen empfohlenen
Zugang mittels der kostenfreien Browsersoftware FirstClass.

Datum, Unterschrift

PädInform*: die Kosten für die Dauernutzung betragen 5 Euro pro Monat
(quartalsweise Berechnung), Sonderkonditionen für Gemeinschaftspraxen und Kliniken.

ÖGD**: Gesundheitsämter mit Servicepaket-Dauerabonnement verfügen über
ein Kontingent an kostenfreien Zugängen - Details auf Anfrage.



Anmeldecoupon

Ihre Praxis/Klinik-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de

herausgegeben vom:

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kosten pro Monat:

- Einzelpraxis - ohne bestehende Homepage 7,50 Euro
- Einzelpraxis - mit bestehender Homepage 3,75 Euro
- Gemeinschaftspraxen / andere Organisationsformen - ohne bestehende Homepage 10,00 Euro
- Gemeinschaftspraxen / andere Organisationsformen - mit bestehender Homepage 5,00 Euro
- Klinik - mit bestehender Homepage 10,00 Euro

Hinzu kommt eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 10,00 Euro (Einzelpraxis) bzw. 15,00 Euro (Gemeinschaftspraxis).
Alle Kosten verstehen sich zzgl. gesetzl. MwSt.

Ich bestätige, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.

Name, Vorname

Fachgebiet

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Stadt

Telefon

Fax

E-Mail

Internetadresse (falls vorhanden)

Sprechzeiten

Bitte senden an:

Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Steven Monks
Tegernseer Landstraße 138
81539 München
Fax: 089 / 64 20 95 29
oder
Online-Anmeldung unter
www.kinderaerzte-im-netz.de

Kontakt & Information:

Herr Steven Monks
Tel.: 089 / 64 24 82 12
E-Mail: st.monks@monks.de

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,00 Euro berechnet.

Bank

BLZ

Konto-Nr.

Ich ermächtige die Monks - Ärzte im Netz GmbH, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Datum

Unterschrift