

Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Schlafmedizin  
NRW-GSM Antrag auf Mitgliedschaft



Anmeldung / Neuregistrierung NRW-GSM     Update / Datenänderung

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Institution:

\_\_\_\_\_

Titel:

\_\_\_\_\_

Abteilung:

\_\_\_\_\_

Geb. Datum:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

Mobil:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

E-Mail priv.:

\_\_\_\_\_

Adresse (privat):

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort:

\_\_\_\_\_

**Ausgeübter Beruf / Tätigkeit**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin          | <input type="checkbox"/> Student/in    |
| <input type="checkbox"/> Fachrichtung.:       | <input type="checkbox"/> Pflegekraft   |
| <input type="checkbox"/> Psychologe           | <input type="checkbox"/> MTA           |
| <input type="checkbox"/> Naturwissenschaftler | <input type="checkbox"/> Arzthelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Firma                | <input type="checkbox"/> Sonstige      |

**Arbeitsbereich**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaflabor    | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Klinik / Abt.: |                                   |
| <input type="checkbox"/> Praxis         |                                   |
| <input type="checkbox"/> Firma          |                                   |

**Funktion im Schlaflabor**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leitung              | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> stellv. Leitung      | <input type="checkbox"/> Student        |
| <input type="checkbox"/> Wiss. Mitarbeiter/in | <input type="checkbox"/> Sonstige       |

**Besondere Qualifikation**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KV-Zulassung     | <input type="checkbox"/> Weiterbildungsberechtigung<br>Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> Somnologe DGSM   |  |
| <input type="checkbox"/> ÄK Schlafmedizin |  |

**Entrichtung des Mitgliedsbeitrags in Höhe von 30,00 Euro**

**Bankeinzug:**

\_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

**Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Schlafmedizin**

**z. Hd. Frau Klein**

**Evang. Krankenhaus Essen-Steele**

**Am Deimelsberg 34 a**

**45276 Essen**

**Tel.: 0201 / 174 - 22001**

**Mail: info@nrw-gsm.de**

Ort

Datum

Unterschrift für Antrag auf NRW-GSM-Mitgliedschaft

**Nordrheinwestfälische Gesellschaft für Schlafmedizin:**

**Vorsitzender:** Prof. Dr. med. Georg Nilius, Klinikum Dortmund gGmbH, Münsterstraße 240, 44145 Dortmund,

Tel.: 0231 / 953 18190, georg.nilius@klinikumdo.de

**stellv. Vorsitzende:** Dr. med. Corinna Frohn, Solingen; Prof. Dr. med. Christoph Schöbel, Essen

**Schatzmeister:** Dr. med. Winfried Hohenhorst, Alfried-Krupp-Krankenhaus Rüttenscheid, Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen,

winfried.hohenhorst@krupp-krankenhaus.de

**Beisitzer:** Prof. Dr. med. Svenja Happe; Prof. Dr. med. Oliver Höffken; Dr. med. Patricia Kutz; Prof. Dr. med. Winfried Randerath; Prof. Dr. med. Kurt Rasche; Dr. med. Simon Herkenrath