

Fragebogen für neue Mitglieder

- Formular am Computer ausfüllen und per E-Mail zusenden oder ausdrucken und faxen.
- Oder leeres Formular ausdrucken, **leserlich** ausfüllen und faxen.
- Verwenden Sie für das Ausfüllen des Formulars auch auf Mac-Rechnern das Programm Adobe Reader. Das Apple-Programm Preview ist dafür nicht geeignet.

Mit der Zusendung des ausgefüllten Fragebogens stimmen Sie der Speicherung der Daten in der Mitgliederdatenbank der GAÄD zu.

Tagesdatum

im Format TT.MM.JJJJ

Mitglieds-Nr.

Name und Titel

Genauere Titelbezeichnung, z.B. Dr. med., Dr. med. univ., Dr. med. dent., M.D., M.Sc. etc.

Herr

Frau

Titel

Vorname

Nachname

Private Daten zur Person

Strasse

Telefon

Adreßzusatz

Telefax

PLZ - Ort

Mobiltelefon

Land

E-Mail privat

Angaben zur Praxis

Bitte diesen Absatz ausfüllen, falls Sie beruflich tätig sind.

Kassenpraxis

Als Schularzt tätig

Privatpraxis

In Therapeutikum tätig

In Klinik tätig

In MVZ tätig

Sprechstunde in der Klinik: Kassenberechtigung

Sprechstunde in der Klinik: privat

Beispiel: Gemeinschaftspraxis für Frauenheilkunde, Praxis A. Müller und B. Meyer, Name des MVZ – **max. 50 Zeichen**

Name der Praxis od.

Klinik/Abteilung

Straße und ggf.

Adreßzusatz

PLZ und Ort

Telefon Praxis

Fax Praxis

Mobilnummer

darf in der Arztsuche veröffentlicht werden

E-Mail-Adresse

darf in der Arztsuche veröffentlicht werden

Homepage

Veröffentlichung für die Arztsuche

Die GAÄD veröffentlicht auf ihrer Website auf Wunsch das berufliche Profil (Praxis, Klinik) in der Arztsuche. Siehe www.gaed.de/arztsuche. – Angaben aus dem Abschnitt *Private Daten zur Person* werden nicht veröffentlicht.

Ich wünsche eine Veröffentlichung JA NEIN

Qualifikation: Facharzt

Es dürfen nur von Landesärztekammern verliehene Facharztbezeichnungen angekreuzt werden.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> 52 Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 12 Anästhesie | <input type="checkbox"/> 54 Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> 14 Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> 56 Labormedizin |
| <input type="checkbox"/> 16 Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> 58 Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> 18 Chirurgie | <input type="checkbox"/> 60 Neurologie |
| <input type="checkbox"/> 20 Forensische Psychiatrie | <input type="checkbox"/> 62 Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> 22 Frauenheilkunde und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> 64 Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> 24 Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten | <input type="checkbox"/> 66 Pathologie |
| <input type="checkbox"/> 26 Hausärztlicher Internist | <input type="checkbox"/> 68 Plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> 28 Haut- und Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> 70 Praktischer Arzt |
| <input type="checkbox"/> 30 Innere Medizin - Diabetologie | <input type="checkbox"/> 72 Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> 32 Innere Medizin - Endokrinologie | <input type="checkbox"/> 74 Psychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 34 Innere Medizin - Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> 76 Psychologische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 36 Innere Medizin - Hämatologie u Onkologie | <input type="checkbox"/> 78 Psychosomatik und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 38 Innere Medizin - Kardiologie | <input type="checkbox"/> 80 Radiologie |
| <input type="checkbox"/> 40 Innere Medizin - Lungen- u Bronchialheilk | <input type="checkbox"/> 82 Rechtsmedizin |
| <input type="checkbox"/> 42 Innere Medizin - Nephrologie | <input type="checkbox"/> 86 Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> 44 Innere Medizin - Rheumatologie | <input type="checkbox"/> 88 Urologie |
| <input type="checkbox"/> 46 Internist | <input type="checkbox"/> 90 Zahnmedizin |
| <input type="checkbox"/> 48 Kieferorthopädie | |
| <input type="checkbox"/> 50 Kinder- und Jugendmedizin | |

Andere Facharztbezeichnung – bitte genaue Bezeichnung der Landesärztekammer angeben

Qualifikation: Zusatzbezeichnung

Es dürfen nur von Landesärztekammern verliehene Zusatzbezeichnungen angekreuzt werden.

- | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 Akupunktur | <input type="checkbox"/> 50 Onkologie |
| <input type="checkbox"/> 12 Allergologie | <input type="checkbox"/> 52 Palliativmedizin |
| <input type="checkbox"/> 14 Andrologie | <input type="checkbox"/> 54 Proktologie |
| <input type="checkbox"/> 16 Betriebsarzt für Infektionsschutz | <input type="checkbox"/> 56 Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> 18 Betriebsmedizin | <input type="checkbox"/> 58 Psychologische Psychotherapie - Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> 20 Chirotherapie | <input type="checkbox"/> 60 Psychologische Psychotherapie - Tiefenpsychologie |
| <input type="checkbox"/> 22 Geriatrie | <input type="checkbox"/> 62 Psychologische Psychotherapie - Verhaltenstherapie |
| <input type="checkbox"/> 24 Homöopathie | <input type="checkbox"/> 64 Psychoonkologie |
| <input type="checkbox"/> 26 Kinder- und Jugendpsychotherapie | <input type="checkbox"/> 66 Psychosomatische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> 28 Kinder-Endokrinologie | <input type="checkbox"/> 68 Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 30 Kinder-Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> 70 Rehabilitationswesen |
| <input type="checkbox"/> 32 Kinder-Onkologie | <input type="checkbox"/> 72 Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> 34 Kinder-Orthopädie | <input type="checkbox"/> 74 Schmerztherapie |
| <input type="checkbox"/> 36 Kinder-Rheumatologie | <input type="checkbox"/> 78 Sozialmedizin |
| <input type="checkbox"/> 38 Labormedizin | <input type="checkbox"/> 80 Sportmedizin |
| <input type="checkbox"/> 40 Manuelle Medizin/Chirotherapie | <input type="checkbox"/> 82 Suchtmedizinische Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> 42 Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> 84 Tropenmedizin |
| <input type="checkbox"/> 44 Neonatologie | <input type="checkbox"/> 88 Umweltmedizin |
| <input type="checkbox"/> 46 Neuropädiatrie | |
| <input type="checkbox"/> 48 Notfallmedizin | |

Andere Zusatzbezeichnung – bitte genaue Bezeichnung der Landesärztekammer angeben

Eigene Tätigkeitsschwerpunkte*

* Es dürfen maximal fünf Tätigkeitsschwerpunkte angekreuzt werden. Die Tätigkeitsschwerpunkte beruhen auf einer Selbsteinschätzung und erfordern keine von der Ärztekammer oder der GAÄD anerkannte und geprüfte Qualifikation

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 | ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> 40 | Kinder- und Jugendgynäkologie |
| <input type="checkbox"/> 12 | Akupunktur | <input type="checkbox"/> 42 | Kinderheilkunde |
| <input type="checkbox"/> 14 | Biographiearbeit | <input type="checkbox"/> 44 | Lymphologie |
| <input type="checkbox"/> 16 | Dermatologie | <input type="checkbox"/> 46 | Manualtherapie |
| <input type="checkbox"/> 18 | Diabetologie | <input type="checkbox"/> 47 | Misteltherapie |
| <input type="checkbox"/> 20 | Entwicklungsstörungen | <input type="checkbox"/> 48 | Naturheilkunde |
| <input type="checkbox"/> 22 | Ernährungsmedizin | <input type="checkbox"/> 50 | Neurologie |
| <input type="checkbox"/> 24 | Familienmedizin | <input type="checkbox"/> 52 | Onkologie |
| <input type="checkbox"/> 26 | Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> 54 | Palliativmedizin |
| <input type="checkbox"/> 28 | Geriatrie | <input type="checkbox"/> 56 | Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> 30 | Heileurythmie | <input type="checkbox"/> 58 | Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> 32 | Heilpädagogik | <input type="checkbox"/> 60 | Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> 34 | Hepatitis-Behandlung | <input type="checkbox"/> 62 | Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> 36 | Herzauskultation nach Dr. Appenzeller | <input type="checkbox"/> 64 | Schularzt |
| <input type="checkbox"/> 38 | Homöopathie | <input type="checkbox"/> 66 | Suchtmedizin |
| <input type="checkbox"/> 39 | Hyperthermie | <input type="checkbox"/> 68 | Umweltmedizin |

Sprachen

- | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> AR | Arabisch | <input type="checkbox"/> FR | Französisch | <input type="checkbox"/> PL | Polnisch |
| <input type="checkbox"/> BE | Weissrussisch | <input type="checkbox"/> GA | Irish | <input type="checkbox"/> PT | Portugiesisch |
| <input type="checkbox"/> BG | Bulgarisch | <input type="checkbox"/> HE | Hebräisch | <input type="checkbox"/> RO | Rumänisch |
| <input type="checkbox"/> CS | Tschechisch | <input type="checkbox"/> HR | Kroatisch | <input type="checkbox"/> RU | Russisch |
| <input type="checkbox"/> DA | Dänisch | <input type="checkbox"/> HU | Ungarisch | <input type="checkbox"/> SK | Slowakisch |
| <input type="checkbox"/> DE | Deutsch | <input type="checkbox"/> IT | Italienisch | <input type="checkbox"/> SL | Slowenisch |
| <input type="checkbox"/> EL | Griechisch | <input type="checkbox"/> JA | Japanisch | <input type="checkbox"/> SR | Serbisch |
| <input type="checkbox"/> EN | Englisch | <input type="checkbox"/> LV | Lettisch | <input type="checkbox"/> SV | Schwedisch |
| <input type="checkbox"/> ES | Spanisch | <input type="checkbox"/> MK | Mazedonisch | <input type="checkbox"/> TR | Türkisch |
| <input type="checkbox"/> ET | Estnisch | <input type="checkbox"/> NL | Holländisch | <input type="checkbox"/> UK | Ukrainisch |
| <input type="checkbox"/> FI | Finnisch | <input type="checkbox"/> NO | Norwegisch | <input type="checkbox"/> ZH | Chinesisch |

Lehre und Ausbildung

Inwiefern beteiligen Sie sich an der Ausbildung von Ärzten?

Weiterbildungsermächtigung	2 Jahre	1,5 Jahre	1 Jahr	6 Monate
----------------------------	---------	-----------	--------	----------

Details zur Ermächtigung z.B.
bei mehrfacher Ermächtigung

Famulatur	JA	NEIN
-----------	----	------

Hospitation/Praktikum	JA	NEIN
-----------------------	----	------

PJ-Studenten	JA	NEIN
--------------	----	------

Akad. Lehrpraxis der Universität

Vertrag integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin

Ich interessiere mich für den Vertrag *Integrierte Versorgung Anthroposophische Medizin*, bitte senden Sie mir Unterlagen zu. Weitere Informationen unter www.gaed.de/integrierte-versorgung.

Hinweistext – nur für die Arztsuche

Im folgenden Feld können Sie einen Freitext eingeben, der in Ihrem Profil der Arztsuche veröffentlicht wird. Dabei kann es sich um jegliche Information handeln, die für Patienten nützlich ist, z.B. eine Wegbeschreibung. In das Textfeld können Sie max. 250 Zeichen eingeben. Bitte schreiben Sie einen fortlaufenden Text ohne Zeilenschaltungen.

Wenn Sie das Formular am Computer ausgefüllt haben, können Sie es nun speichern und für Ihre eigenen Unterlagen ausdrucken.

- Bitte versenden Sie dieses Formular nach Fertigstellung bevorzugt per E-Mail an info@gaed.de durch Klick auf den Button rechts
- Oder übermitteln Sie den Ausdruck des Formulars per Fax an (089) 716 77 76-49
- Oder drucken Sie das Formular aus und senden Sie es per Post an:
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte (GAÄD)
Herzog-Heinrich-Straße 18
80336 München