

# Aufnahmeantrag für PaedNetz Inn-Salzach-Rott

Ich möchte im regionalen PaedNetz aufgenommen werden als

**ordentliches Mitglied**

**Mitgliedsbeitrag: 30,- € jährlich, zuzüglich jährlicher Beitrag für PaedNetz Bayern gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung (Stand Januar 2012)**

**einmalige Aufnahmegebühr für PaedNetz Bayern 100,- €**

**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

**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](http://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](http://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. Michael Sperlich**  
**Schweppermannpark 1, 84539 Ampfing**  
**Fax 08636-6964222**

## 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"/>	
<b>Dienstanschrift</b>	<b>Privatanschrift</b>	<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	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz	<input type="text"/>	Adresszusatz	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

## Verband- und Vertragsdaten

<b>BVKJ-Status</b>	<b>PaedNetz-Status</b>				
<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"/>				
<b>Teilnahme an folgenden Verträgen</b>					
<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
- Krankenhaus-Direktor
- leitender Arzt
- 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-Hämatologie 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.

## 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.

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).



## Ihre Anmeldung

**Einzelpraxis**  
8,- € monatlich zzgl. MwSt.

**Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft\***  
12,- € monatlich zzgl. MwSt.

\* Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage

### Aktivieren Sie folgende kostenlose Extras:

- Aktuelle Meldungen von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner
- Blutdruck-Rechner

Für die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage berechnen wir eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 25,- € zzgl. MwSt.

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

Internetadresse (falls vorhanden)

Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister, Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

- Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.
- Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unsere bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Sprechstunden

Besonderheiten/Schwerpunkte, Fremdsprachen

### Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791

Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: [www.monks-aerzte-im-netz.de/agb](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/agb)).  
Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

### So können Sie sich anmelden:



per Fax an:  
089 / 64 20 95 29



**Monks - Ärzte im Netz GmbH**  
"Kinderärzte im Netz"  
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



**Sie haben Fragen?**  
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/17  
E-Mail: [support@kinderaerzte-im-netz.de](mailto:support@kinderaerzte-im-netz.de)

Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter:  
[www.monks-aerzte-im-netz.de](http://www.monks-aerzte-im-netz.de)



Wir erstellen mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder E-Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.