



**DGS Qualifikation Schwerpunkt Schmerztherapie  
Antrag auf Verlängerung der Anerkennung  
für das Jahr 2021**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Jahr der Prüfung: \_\_\_\_\_

Gemäß Ziffer 5 der gemeinsamen Richtlinien von DGS für die Zusatzweiterbildung  
**Qualifikation Schwerpunkt Schmerztherapie DGS für das Jahr 2021**

erhalten Sie Nachweise über:

1.

**Teilnahme an anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens 20 Kreditstunden im letzten Jahr an mindestens zwei verschiedenen Veranstaltungen im Jahr**

2.  **Teilnahme an mindestens 8 Schmerzkonferenzen im letzten Jahr**

**Die Bearbeitungsgebühr für diesen Verlängerungsantrag beträgt 26 EUR.**

**Abgabefrist läuft am 31. März des laufenden Jahres aus**

Ich habe am ..... die Gebühr auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. bei der Deutschen Bank 24, IBAN DE39 5007 0024 0402 0053 00, BIC DEUTDEDBFRA überwiesen. Bitte im Betreff: Namen und Kennwort „Rezert/QSST-2021“ nennen.

*\* Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (Kopien) bei.*

Antrag eingereicht: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_