

DGS Algesiologische Fachassistenz (ALFA) / Pain Care Assistant (PCA)

Erläuterung zum Antrag auf Verlängerung der Anerkennung für das Jahr 2026

Es bestehen zwei Optionen der Rezertifizierung:

Option 1)

**Einreichen der Weiterbildungsnachweise des Vorjahres (2025) bis spätestens
31. März des laufenden Jahres.**

Hierfür muss folgendes Anforderungskriterium erfüllt werden:

- Teilnahme an anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens **6 Kreditstunden**

Option 2)

**Teilnahme am Tag des Fachpersonals im laufenden Jahr
(Einreichung der Teilnahmebescheinigung)**

- Der Tag des Fachpersonals findet voraussichtlich am **Samstag, den 21. März 2026** im Rahmen der Deutschen Schmerz- und Palliativtage in Frankfurt am Main statt. Die kostenlose online Anmeldung über die DGS-Homepage ist ab sofort möglich.
<https://www.dgschmerzmedizin.de/kongresse/deutsche-schmerz-und-palliativtage/>

Wichtig!

- Teilnehmer, die im laufenden Jahr (2026) am Tag des Fachpersonals teilnehmen, müssen bitte unbedingt ebenfalls einen Antrag mit der Teilnahmebescheinigung unter Überweisung der Antragsgebühr von 25 EUR stellen.



Antragsformular 2026

zur Verlängerung als ☐ ALFA / ☐ PCA (Bitte ankreuzen)

Vorname Nachname _____

ggf. Mitgliedsnummer: _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

Praxisadresse: _____

Jahr d. Prüfung / Beruf: _____

Nachweise (bitte in Kopie an den Antrag anhängen):

Option 1) Weiterbildungsnachweise des Vorjahres (2025)

1. ☐ Teilnahme an anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens **6 Kreditstunden** im Vorjahr
2. ☐ Die Gebühr von 25 EUR wurde am _____ auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V., Deutsche Bank 24, **IBAN DE39 5007 0024 0402 0053 00**, BIC DEUTDEDBFRA überwiesen. Bitte im Verwendungszweck **Name und „Rezert/ALFA-2026“** angeben.

Option 2) Nachweis der Teilnahme am Tag des Fachpersonals 2026

1. ☐ Teilnahme am Tag des Fachpersonals des laufenden Jahres (2026)
2. ☐ Die Gebühr von 25 EUR wurde am _____ auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V., Deutsche Bank 24, **IBAN DE39 5007 0024 0402 0053 00**, BIC DEUTDEDBFRA überwiesen. Bitte im Verwendungszweck **Name und „Rezert/ALFA-2026“** angeben.

Antrag eingereicht: _____

Datum:

Unterschrift:

Bitte schicken Sie das Antragsformular mit den Nachweisen entweder per E-Mail an mitglieder@dgs-fortbildung.de oder per Fax an 030-221 85 342.