



Deutsche Gesellschaft für  
Schmerzmedizin e.V.  
z.Hd. Heike Fante  
Lennéstraße 9  
10785 Berlin

**DGS Qualifikation Schwerpunkt Palliativmedizin  
Antrag auf Verlängerung der Anerkennung für das Jahr 2024**

Frau / Herr

Tel-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Adresse:

Praxisadresse:

Jahr der Prüfung:

**Nachweis erforderlich**

1. **Teilnahme an mindestens zwei verschiedenen anerkannten algesiologischen Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens 20 Kreditstunden im vorangegangenen Jahr** (Bitte Belegkopien beifügen)

---

**Die Bearbeitungsgebühr für diesen Verlängerungsantrag beträgt 32 EUR.**

**Die Abgabefrist läuft am 30. April des laufenden Jahres aus.**

**Einreichung der Dokumente gerne eingescannt per E-Mail an [mitglieder@dgs-fortbildung.de](mailto:mitglieder@dgs-fortbildung.de)**

**Die Rezertifizierungsurkunde wird per E-Mail an die angegebene E-Mail Adresse versandt.**

Ich habe am \_\_\_\_\_ die Gebühr von € 32 auf das Konto der  
**Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.**  
bei der Deutschen Bank  
**IBAN: DE39 5007 0024 0402 0053 00**, BIC: DEUTDEDBFRA überwiesen.  
Bitte im Verwendungszweck **Namenund„Rezert/Palliativ 2024“** vermerken.

Antrag eingereicht:

Datum:

Unterschrift:

---