



Vorstand: Dr.Christoph Wachenfeld-Wahl, Dr. Stephan Henneberger, Eberhard Preissler

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Ärztenetz und begrüßen Sie gerne als neues Mitglied. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die untenstehenden Bedingungen an und versichern deren baldige Umsetzung.

---

### Aufnahmeantrag für PaedNetz Augsburg e.V. als:

#### **O ordentliches Mitglied**

**Mitgliedsbeitrag 2019: Jahresbeitrag für PaedNetz Augsburg € 10.—(Beschluss Mitgliederversammlung PNA 6/2019) , Jahresbeitrag PaedNetz Bayern (obligatorisch) 2019 € 100.--,**  
**Aufnahmegebühr f. PaedNetz Bayern entfällt ab 2017 (jeweils Beschluss Delegiertenversammlung PNB 10.4.2019)**

#### **Voraussetzungen für die Aufnahme:**

1. Mitgliedschaft im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
2. Zugang zum elektronischen Informationssystem PädInform
3. Homepage bei Kinderärzte-im-Netz
4. 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 Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) 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
- 

#### **O außerordentliches Mitglied**

**(Mitgliedsgebühr jährlich 50.-- € (Stand 2017))**

#### **Voraussetzungen für die Aufnahme:**

1. Zugang zum elektronischen Informationssystem Pädinform
  2. Therapeutische Arbeit an Kindern und Jugendlichen
-

Ich bestätige, dass ich die hier genannten Aufnahmekriterien erfülle.

Ort, Datum

Unterschrift und Adresse, bzw. Praxisstempel

- Jahresbeitrag u. Aufnahmegebühr werde ich binnen 30 Tagen überweisen
- Ich habe eine Einzugsermächtigung beigefügt

**Kontakt:**

Name:

Anschrift:

Tel. geschäftl.:

Tel. privat:

Mobil:

Fax:

e-mail:

**PaedNetz Vorstand:**

Dr. Christoph Wachenfeld-Wahl

Vorsitzender

Dr. Stephan Henneberger

Stellv. Vorsitzender

Eberhard Preissler

Schatzmeister / Mitgliedsverwaltung

Anmeldeformular (2 Seiten) und ggf. Einzugsermächtigungen an:

**Eberhard Preissler**  
**Kinder- und Jugendarzt**

**Weidestrasse 3**  
**86456 Gablingen**

Bitte unterschriebene Dokumente nur per Post an o.g. Adresse !

## Einzugsermächtigung

Ich, ....., ermächtige hiermit  
widerruflich PaedNetz Augsburg e.V. von meinem Konto bei der

.....

Konto-Nr.: ..... BLZ: .....

den **Jahresbeitrag für PaedNetz Augsburg** in Höhe von derzeit ..... €

den **Jahresbeitrag für PaedNetz Bayern** in Höhe von derzeit .....€

einzuziehen.

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

....., den.....

.....

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Sollten Sie keine Einzugsermächtigung wünschen, bitte Überweisungen an:

**PaedNetz Augsburg e.V.**

**Kto.-Nr. 3060560 bei VR-Bank Lech-Zusam eG BLZ 720 621 52**

(unter Angabe des Verwendungszweckes)

**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-Hämатologie 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

## 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresszusatz	Adresszusatz	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	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"/>
Ärzttekammer	<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



## 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

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 der Monks-Ärzte im Netz GmbH 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.

# Anmeldung zu Online-Fachnetzen des Informationsverbunds uminfo.de

## Schriftliches Anmeldeverfahren:

1. Bitte drucken Sie diese Seite aus.
2. Schicken/faxen Sie das (leserlich!) ausgefüllte Anmeldeformular an die folgende Adresse (Stempel nicht vergessen!):

Kinderumwelt gGmbH  
Westerbreite 7  
49084 Osnabrück Fax: 0541-9778-905

Die Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail (innerhalb 48 Stunden, sonst bitte SPAM-Filter prüfen oder die Kinderumwelt kontaktieren).

Die Anmeldedaten werden entsprechend § 28 BDSG erhoben und gespeichert. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

## Hiermit melde ich mich zu folgendem(n) Online-Fachnetz(en) an:

- PädInform® (Testzugang 10 Tage, kostenfrei)
- PädInform® (Vollzugang, Kostenbeitrag s. u. \*)

Vollzugang: Kostenfreie Nutzung von Spezialbereichen (u. a. Asthma, Pneumologie, Kardiologie) und / oder lokalen PädNetzen für deren Mitglieder möglich.

Bei Interesse bitte eintragen: \_\_\_\_\_

- Öffentlicher Gesundheitsdienst (D)\*\* (Testzugang 10 Tage, kostenfrei)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (D)\*\* (Vollzugang, im Kontingent kostenfrei)
- Netstap (für Mitglieder)
- Amtsarztforum Austria (für Amtsärzte in Österreich)
- TWI Schweiz

Name: \_\_\_\_\_ Arzt-/Dienststempel: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail (Pflichtfeld, sonst Rückumschlag): \_\_\_\_\_



Bitte richten Sie mir einen Zugang über Ihre Homepage [www.uminfo.de](http://www.uminfo.de) ein und teilen Sie mir die Zugangsdaten per E-Mail mit.

Ich bitte zusätzlich um Informationen zum Komfortzugang mittels der Zugangssoftware FirstClass® und zum Zugang via Smartphones.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen (<http://www.uminfo.de/agb.html>).

---

Datum, Unterschrift

\* PädInform®: die Kosten für die Dauernutzung betragen 5 Euro pro Monat (quartalsweise Berechnung), Sonderkonditionen für Gemeinschaftspraxen und Kliniken - Details auf Anfrage.

\*\* ÖGD: Gesundheitsämter mit Servicepaket-Dauerabonnement verfügen über ein Kontingent an kostenfreien Zugängen - Details auf Anfrage.