

Antrag

auf Anerkennung einer interdisziplinären Schmerzkonferenz
gemäß der Verfahrensordnung zur Schmerztherapie-Vereinbarung

1 Angaben zur Schmerzkonferenz

	Name, Vorname	LANR
Leiter:		
unter Mitarbeit von:		

Veranstaltungsort:

2 Häufigkeit der Schmerzkonferenz

Gründungsdatum:	
Anzahl Sitzungen im Jahr:	<input type="checkbox"/> 12-mal ODER häufiger:

3 Erklärung

<input type="checkbox"/>	Der o.g. Konferenzleiter erfüllt die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung
<input type="checkbox"/>	Die Veranstaltung entspricht inhaltlich und formell den Vorgaben einer Schmerzkonferenz gemäß der QS-Vereinbarung und der Verfahrensordnung zur Schmerztherapie
<input type="checkbox"/>	Die Bestimmung zum Datenschutz und zur Unabhängigkeit der Veranstaltung von Dritten werden in den Sitzungen des Schmerzkonferenz eingehalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leiter

Stempel Leiter