

# Formular zur Datenaktualisierung für Mitglieder der DGSM

Bitte das Formular elektronisch ausfüllen und ausdrucken  
bzw. ausgedruckt mit Druckschrift ausfüllen und anschließend unterzeichnet  
per Post oder E-Mail an die Geschäftsstelle senden.

**Kontakt:**  
DGSM - Geschäftsstelle  
c/o Conventus Congressmanagement  
und Marketing GmbH  
Carl-Pulfrich-Straße 1  
07745 Jena  
Telefon: +49 (0)3641 31 16 440  
E-Mail: geschaeftsstelle@dgsm.de  
Internet: www.dgsm.de



**Die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!**

## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)

\_\_\_\_\_  
Akademischer Grad

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

## Medizinisch / wissenschaftliche Fachrichtung

Humanmedizin       technisches Personal       Zahnmedizin       Psychologie

Naturwissenschaften: \_\_\_\_\_

## Fachrichtung in der Humanmedizin (Mehrfachnennung möglich)

Allgemein Medizin       Innere Medizin       Pneumologie       Kardiologie  
 HNO-Heilkunde       Psychiatrie       Neurologie       MKG Chirurgie  
 Pädiatrie       sonstige Fachrichtung: \_\_\_\_\_

## Ort der Tätigkeit

Klinik       Praxis       Forschungseinrichtung       sonstiges: \_\_\_\_\_

## Funktion / Tätigkeit (Mehrfachnennung möglich)

Leitung       stellvertretende Leitung       ärztliches Fachpersonal       wissenschaftliches Personal  
 Gesundheits- und Krankenpfleger/in       medizinisch-technische/r Assistent/in       medizinische/r Fachangestellte/r  
 Student       Ruhestand       sonstiges: \_\_\_\_\_

## Dienstliche Daten: Anschrift / Kommunikation

\_\_\_\_\_  
Einrichtung/Universität/Klinik

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße/ Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

## Private Daten: Anschrift / Kommunikation

\_\_\_\_\_  
Straße/ Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

## Kommunikationswunsch

bevorzugte Kontaktaufnahme       dienstlich       privat

## Versandadresse für die Zeitschrift Somnologie

gewünschte Versandadresse       dienstlich       privat

## Persönliche Angaben (Wdhl. für Zuordnung)

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Schlafmedizinische Qualifikationen (Mehrfachnennung möglich)

- QN Somnologie für Ärzte     QN Somnologie für Psychologen und Naturwissenschaftler     QN Somnologie TA  
 KV-Zulassung / Ermächtigung zur Polygraphie     KV-Zulassung / Ermächtigung zur Polysomnographie     Zusatzbezeichnung Schlafmedizin  
 Somnologe AASM     Somnologe SGSSC     Somnologe ESRS     sonstiges

## Arbeitsgruppen (Mehrfachnennung möglich)

In den folgenden Arbeitsgruppen (1) möchte ich gerne mitwirken (2) wirke ich mit (3) Kündige ich meine Mitarbeit  
Bitte tragen Sie die zutreffende Nummer bei der jeweiligen Arbeitsgruppe ein.

Alertnes & Vigilanz	Hypersomnie	Pathophysiologie / Schlaf / Atmung
Apnoe	Insomnie	Telemedizin und Telemonitoring
Chirurgische Therapieverfahren	Klinisch Wissenschaftl. Nachwuchs	Traum
Chronobiologie	Kreislauf und Schlaf	Technisches Personal
Diagnostik	Motorik	
Geriatric	Pädiatrie	

## Datenschutzerklärung

Die DGSM und alle vertraglich bestehenden Auftragnehmer und Dienstleister sind verpflichtet, nur die jeweils notwendigen persönlichen Daten zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der nachfolgend genannten Leistungen zu verwenden. Eine darüber hinaus gehende Nutzung und Weitergabe an Dritte (z.B. für Werbezwecke) findet nicht statt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in die DGSM die von mir im Antrag angegebenen Daten in folgender Weise genutzt werden:  
- Erhebung, Verarbeitung und Nutzung zur Erfüllung der Vereinsziele (Beitragserhebung, Zugang Mitgliederbereich, Versand von Informationsmaterial der DGSM, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern)  
- elektronische Kommunikation zwischen der DGSM und den Mitgliedern  
- Weitergabe an Kooperationspartner zur Organisation von Mitgliederdienstleistungen (Versand von Fachzeitschriften durch den Springer Verlag, Organisation von DGSM-Veranstaltungen durch die Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**DGSM - Geschäftsstelle**  
**c/o Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH**  
**Carl-Pulfrich-Straße 1**  
**07745 Jena**

---

---