



Anmeldeformular „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2023 am 6. Juni 2023

FAX: 030/39409689-9 oder E-Mail: grams@schmerzgesellschaft.de

Gerne mache/n wir/ich mit und sind/bin in diesem Jahr an dem „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2023 am 6. Juni mit dabei. Bitte übersenden Sie uns/mir folgende Unterlagen (*bitte ankreuzen*) und setzen uns/mich in die Übersichtsliste Ihrer Aktionstaghometpage (www.schmerzgesellschaft.de):

Achtung: Anmeldeschluss ist der 9. Mai 2023!!

1. Kostenloses „Aktionstaggpaket“

- Aktionstag-Flyer** (100 Stück)
Aktionstag-Plakat (5 Stück)
Flyer „Schmerzen verstehen“ (50 Stück)
Flyer „Kopfschmerzen verstehen“ (50 Stück)
Flyer „Gesichtsschmerzen verstehen“ (50 Stück)
Flyer „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ (50 Stück)
Flyer „Endometriose“ (50 Stück)
Flyer „CRPS“ (50 Stück)
Flyer „RLS“ (50 Stück)
Flyer „Physiotherapie“ (50 Stück)
Flyer „A-IMA“ (50 Stück)

2. weitere Materialien

Die Flyer können Sie sämtlichst auch in höherer Auflage und - wenn gewünscht - mit Ihrem persönlichen Adresseindruck in unserem Online-Shop unter folgendem Link bestellen: <https://deutsche-schmerzgesellschaft.myshopify.com/collections/all>

3. Mitmach-Aktionen

- Gerne nehme/n wir/ich als Experte an der **Telefonhotline** teil.
Bitte notieren Sie dazu das Zeitfenster (..... bisUhr) am 6. Juni 2023 mit folgendem Ansprechpartner und dieser Telefonnummer

Ergänzend plane/n wir/ich vor Ort am Aktionstag oder aber in den Tagen zuvor bzw. danach eigene Maßnahmen/Veranstaltungen:

- Wir/Ich habe(n) soeben auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. unter

<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag/mitmachen-beim-12-aktionstag-gegen-den-schmerz>

unsere/meine Veranstaltung(en) registriert, die am 6. Juni 2023 von uns/mir durchgeführt werden/wird! *Gleichzeitig mit Upload der von mir/uns gemachten Angaben in dem Online-Formular erkläre/n ich/wir mich/uns mit der Veröffentlichung unserer Daten auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. einverstanden!!*

Unsere/Meine Daten lauten

(Bitte leserlich und vollständig ausfüllen! Vielen Dank!):

Wir/ich stimme/n der Veröffentlichung unserer/meiner Daten zu/nicht zu (Zutreffendes bitte unterstreichen)!

Titel, Vorname, Nachname des/der Teilnehmenden

Name der Klinik/Praxis/Apotheke/Pflegeinstitution etc. Straße/Hausnr./Gebäude/Zimmer/PLZ/Ort des/der Teilnehmenden

E-Mail-Adresse des/der Teilnehmenden (ausschließlich für Rückfragen der Aktionstags-Organisation unsererseits)

Telefonnummer des/der Teilnehmenden (ausschließlich für Rückfragen der Aktionstags-Organisation unsererseits)

Hinweis: Ohne Angabe der vollständigen Adresse (inkl. Gebäude- und Zimmernummer, wenn vorhanden) kann eine Zusendung der Materialien nicht erfolgen!!