



## **Anmeldeformular „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2024 am 4. Juni 2024**

**FAX: 030/39409689-9 oder E-Mail: [grams@schmerzgesellschaft.de](mailto:grams@schmerzgesellschaft.de)**

**Gerne mache/n wir/ich mit** und sind/bin in diesem Jahr an dem „Aktionstag gegen den Schmerz“ 2024 am 4. Juni mit dabei. Bitte übersenden Sie uns/mir folgende Unterlagen (*bitte ankreuzen*) und setzen uns/mich in die Übersichtsliste Ihrer Aktionstaghometpage ([www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)):

### **Achtung: Anmeldeschluss ist der 7. Mai 2024!!**

#### **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 (..... bis .....Uhr) am 4. Juni 2024 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/melden-sie-hier-ihre-veranstaltung-am-aktionstag-gegen-den-schmerz-an>

unsere/meine Veranstaltung(en) registriert, die am 4. Juni 2024 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!!

***Für eine offizielle Anmeldung zum „Aktionstag gegen den Schmerz“ ist die Rücksendung dieses (ausgefüllten) Formulars notwendig!!!***