



Interdisziplinäre Gesellschaft  
für orthopädische / unfallchirurgische  
und allgemeine Schmerztherapie

## Ziele der Gesellschaft:

Ziel der Gesellschaft ist die Erforschung, Diagnostik, Behandlung, Prävention und Aufklärung von Schmerzen durch funktionelle und strukturelle Störungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsorganes, sowie die sekundär ausgelösten reflektorischen Schmerzsyndrome, insbesondere unter Berücksichtigung der Somatisierung psychischer Störungen.

## Antrag auf Mitgliedschaft

Name: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Geburtsdatum: .....

### Adresse Arbeitsplatz:

Strasse: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

e-mail: ..... homepage: .....

### Adresse privat:

Strasse: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

e-mail: ..... homepage: .....

### Ausbildung und akademische Grade:

.....

Examen in: .....  
(z.B. Medizin, Zahnmedizin, Biologie etc.)

Fachausbildung(en): .....

Derzeitige Tätigkeit: .....  
(Praxis, Universität, Krankenhaus, Tätigkeitsfeld )

Facharzt für: ..... seit: .....

Zusatzbezeichnungen seit : .....  
(z. B. Chirotherapie, etc.)

Therapieverfahren: .....

Weiterbildungsermächtigung ja  nein

Wenn ja: Fach ..... Dauer: ..... Monate

**Mitgliedschaft**

Aufnahmegebühr: € 25,00

Jahresbeitrag: € 160,00

Assistenten in Weiterbildung sind auf Antrag von der Entrichtung der Mitgliedsbeiträge zu §7, Ziffer 1) der Satzung zu befreien. Die Befreiung gilt jeweils für ein Kalenderjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass dem Verein selbstständig der Weiterbildungsstatus bis zum 31.12. eines jeden Jahres belegt wird. Wird der Status nicht fristgerecht beigebracht oder endet die Weiterbildung, lebt die Beitragspflicht nach §7, Ziffer 1) auf

**Mitgliedschaft bei anderen Gesellschaften:** .....

Ich bin damit einverstanden, dass entsprechend der mir vorliegenden Satzung, die fällige Aufnahmegebühr und der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abgebucht werden.

Bankverbindung:..... in: .....

IBAN \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G**

Hiermit stimme ich zu, dass meine Praxisdaten auf der Homepage der IGOST im Bereich Arztsuche aufgeführt werden.

ja  nein 

Ich wünsche alle Aussendungen an:

Praxisanschrift  Privatanschrift 

Ich erkläre mich grundsätzlich sowohl zu wissenschaftlich, publizistischer Tätigkeit als auch zu Vortragstätigkeit bereit.

ja  nein 

Ich stimme den Zielen der **IGOST** zu und bewerbe mich hiermit um die Mitgliedschaft.

Ort ..... Datum ..... Unterschrift und Stempel .....

1. Bürge ..... 2. Bürge .....

(Als Bürgen werden alle Mitglieder der IGOST anerkannt)

Bitte senden Sie diesen Antrag an die:

**IGOST –Geschäftsstelle  
Grüner-Turm-Str. 4-10****Faxnummer: 0751 – 3 555 9797****88212 Ravensburg**

• IGOST •  
Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e. V.  
IGOST-Geschäftsstelle • Grüner-Turm-Str. 4-10 • 88212 Ravensburg  
Bankverbindung für Mitgliedsbeiträge  
Sparkasse Pfullendorf • IBAN: DE37 6905 1620 0000 3909 71 • BIC: SOLADES1PFD