

Vereinigung der Deutschen Medizinischen
Fach- und Landespresse e. V.
Postfach 70 01 49
70571 Stuttgart



Telefon (07 11) 72 07 12-10
Telefax (07 11) 72 07 12-29
presse@medizinjournalisten.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Landespresse e. V.

I. Ich bin hauptberuflich tätig als

Herausgeber **Redakteur** **Medizinjournalist**
mit regelmäßiger medizinischer und/oder gesundheitspolitischer Berichterstattung.

selbständig angestellt → bitte Arbeitgeber/Verlag angeben: _____

Bitte Nachweise / Beispiele / Verlagsbestätigung beifügen.

II. Ich bin nebenberuflich tätig als

Herausgeber **Redakteur** **Medizinjournalist**
mit regelmäßiger medizinischer und/oder gesundheitspolitischer Berichterstattung.

Im Hauptberuf bin ich tätig als: _____

selbständig angestellt → bitte Arbeitgeber/Verlag angeben: _____

Ich publiziere regelmäßig in folgenden Medien: _____

Bitte Nachweise / Beispiele / Verlagsbestätigung beifügen.

Ich habe die Satzung gelesen und anerkannt. Mit Aufnahme in die Vereinigung akzeptiere ich die Veröffentlichung meiner Daten im mitgliederinternen, passwortgeschützten Bereich sowie im Kroll Presse-Taschenbuch Gesundheit (Letzterem kann schriftlich widersprochen werden). Im öffentlich zugänglichen Bereich werden Name und Wohnort genannt.

Ort, Datum

Unterschrift

Titel / Vorname / Name

Geburtsdatum / -ort

Staatsangehörigkeit

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Telefon / Telefax

E-Mail / Homepage

Bitte Antrag in Maschinenschrift oder Druckbuchstaben ausfüllen!

Weitere Angaben für die Mitgliederverwaltung:

Ausbildung / Studium / Abschluss: _____

Weiterbildung (Fach, Orte): _____

Lehrtätigkeit: _____

Auslandstätigkeiten:
(Länder, Sprachkenntnisse) _____

Schwerpunkte und Spezialgebiete der journalistischen Tätigkeit (bitte ankreuzen)

1. Schwerpunkte der medizinjournalistischen Tätigkeit:

- Fachmedien Print TV Hörfunk Online
 Publikumsmedien

2. Spezialgebiete: (Bitte geben Sie maximal 3 Gebiete an)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde | <input type="checkbox"/> Pharmakologie/Pharmakotherapie |
| <input type="checkbox"/> Arbeits-/Sozialmedizin | <input type="checkbox"/> Krankenhauswesen | <input type="checkbox"/> Physikalische/Rehabilitative Medizin |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin/
Klinische Chemie | <input type="checkbox"/> Präventivmedizin |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin | <input type="checkbox"/> Medizinische Ethik | <input type="checkbox"/> Praxisökonomie |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsökonomie/-politik | <input type="checkbox"/> Medizinische Informatik | <input type="checkbox"/> Public Health |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Medizintechnik | <input type="checkbox"/> Qualitätssicherung/
-management |
| <input type="checkbox"/> HNO-Heilkunde | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin |
| <input type="checkbox"/> Humangenetik/Mediz. Genetik | <input type="checkbox"/> Naturwissenschaften | <input type="checkbox"/> Reise-/Flug-/Tropenmedizin |
| <input type="checkbox"/> Hygiene-/Umweltmedizin | <input type="checkbox"/> Neurologie/Psychiatrie/
Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Sportmedizin |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin
(z. B. Kardiologie) | <input type="checkbox"/> Notfallmedizin/Intensivmedizin | <input type="checkbox"/> Sonstige
(bitte angeben) |

Bitte senden Sie uns ein **Passbild** in digitaler Form für den Mitgliedsausweis zu (Format: jpg, eps, tif, Auflösung 300 dpi) oder ein Passbild, das wir einscannen können.

Nach Vorstandsgenehmigung und Ausstellung des Mitgliedsausweises werden zur Zahlung fällig:

Aufnahmegebühr €100,00 / Jahresbeitrag €45,00 (Stand 01/2006)

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf das Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Konto-Nr. 000 6803148, BLZ 600 906 09.