

**Anmeldung zum „Brückenkurs zur Speziellen Schmerzpflege“ – Nr. 309**

Wir bitten Sie dieses Formular direkt mit Ihrem PC auszufüllen, zu unterschreiben und per Fax, mit der Post oder als Scan per E-Mail an uns zu senden. Vielen Dank!

Termine in Online-Präsenz **28.09.2026** und **05.10. – 07.10.2026** von 08:30 Uhr – 11:45 Uhr  
über Zoom: **02.11.2026** von 8:30 Uhr – 15:45 Uhr (Abschlusskolloquium)  
Seminargebühr: 925 € für Nichtmitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin  
875 € für Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin

Teilnehmer/-in:

Nachname, Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum /-ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Wahlmodul: \_\_\_\_\_ Säuglinge, Kinder, Jugendliche **oder** Ältere Menschen**Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung folgende Nachweise bei:**

- Berufsurkunde
- Zertifikat der Deutschen Schmerzgesellschaft „Algesiologische Fachassistenz“ oder „Pain Care Manager“
- ggf. Nachweis über die Mitgliedschaft bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin

Rechnungsanschrift: (Bitte geben Sie die komplette Anschrift für eine korrekte Rechnungsstellung sowie die E-Mail-Adresse zum Versand der Rechnung an.)

---

---

---

Rechnung an: Arbeitgeber Teilnehmer/-in

Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin: ja nein

**Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zur Verarbeitung der Daten Ihrer Mitarbeiter und Ihres Unternehmens bzw. Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer eigenen Daten.**

Des Weiteren erkennen Sie mit Ihrer Unterschrift unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen an. Diese haben wir auf unserer Homepage unter [www.wk-fortbildungen.de/agb](http://www.wk-fortbildungen.de/agb) veröffentlicht.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel,

Unterschrift: .....

Arbeitgeber:in bzw. des Teilnehmer:in