



**Projektgruppe Psycho-Onkologie
am Tumorzentrum München**

N-PSOM e.V.

www.n-psom.de

**Netzwerk PsychoSoziale
Onkologie München e.V.**

Vereinsregister München
VR 209542
Gemeinnützigkeit nach §44a
Abs.4 EstG und §44a Abs.7
Satz 1 Nr.1 EstG

**Antrag auf Mitgliedschaft im
Netzwerk PsychoSoziale Onkologie München (N-PSOM) e.V.
mit der
Projektgruppe Psycho-Onkologie
am Tumorzentrum München**

Antragssteller*in

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Praxis/Klinik/Krebsberatungsstelle/Verein/ Institut

Anschrift (dienstlich)

Kontakt dienstlich (Telefon, E-Mail)

Anschrift (privat)



1. Ich bin Psycholog*in
 Arzt/Ärztin
 Sozialpädagog*in
 Sonstiges, und zwar: _____
2. Darüber hinaus Facharzt/-ärztin für _____
 Ärztliche*r Psychotherapeut*in
 Psychologische*r Psychotherapeut*in
 Sonstiges, und zwar: _____
3. Tätig in Klinik
 Praxis
 Krebsberatungsstelle
 Sonstiges, und zwar: _____
4. Wissenschaftlich tätig
auf dem Gebiet: _____
5. DKG-Zertifikat Psycho-Onkologie
vorhanden? ja
 nein
6. Ich möchte in die
Psychotherapeut*innen-Liste auf der
Website www.n-psom.de
aufgenommen werden. ja
 nein

Wenn Sie „ja“ ankreuzen, bitte die Anlage „Angaben für die Therapeutensuche auf der N-PSOM Homepage“ ausfüllen, andernfalls kann Ihrem Wunsch nicht entsprochen werden.

7. Ich bin mit der Weitergabe meiner
Dienstanschrift an Kolleg*innen
einverstanden. ja
 nein



8. Ich bin mit der Weitergabe meiner Dienstanschrift an Betroffene einverstanden. ja nein
9. Ich möchte in die Mitgliederliste des TZM aufgenommen werden. ja nein

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 25,00€. Wir möchten Sie um Erteilung einer Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag bitten. Ein entsprechendes Formular finden Sie anbei.

Die regelmäßigen jährlichen Mitgliedsbeiträge können mit vereinfachtem Nachweis e.g. Kontoauszug bei der Steuer geltend gemacht werden. Bei Spenden über 300 Euro stellen wir Spendenquittungen aus.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig sind und ich darüber informiert bin, dass der Vorstand nur über vollständig ausgefüllte Anträge entscheiden kann.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Kontaktdaten wie o.g. weitergegeben und verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Antrag bitte senden an:

Beate Pföß
Psychoonkologie
Klinik für Hämatologie und Onkologie
München Klinik Neuperlach
Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München
Email: Beate.Pfoess@muenchen-klinik.de

Anlage:

1) Anhang „Angaben zu Ihrem Profil und Angeboten auf der Homepage des Vereins“



Angaben zu Ihrem Profil und Angeboten auf der Homepage des Vereins

In die Datenbank aufgenommen werden kann jeder, der

- Mitglied der Projektgruppe Psycho- Onkologie des TZM mit N-PSOM ist und
- über einschlägige psycho-onkologische Erfahrung verfügt und/oder psycho-onkologisch durch eines der DKG zertifizierten Curricula (WPO, APOM o.a.) qualifiziert ist und
- einen qualifizierten Heilberuf ausübt (Ärzt*innen, Pflegeberufe, Psycholog*innen, Pädagog*innen, Sozialpädagog*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen oder vgl.) und
- Therapie- oder Beratung für Krebspatient*innen bzw. Angehörige anbietet

In die Datenbank aufgenommen werden alle Angaben der nachfolgenden Punkte 1 – 9.

Sollten Sie in die Datenbank aufgenommen werden wollen, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrer Person und Tätigkeit zu machen und per Email zur Verfügung zu stellen (info@angelagrigelat.de).

1. Name, Titel, Berufsgruppenbezeichnung/ Tätigkeit
2. Adresse der Praxis/ klinischen Einrichtung/ Beratungsstelle (inkl. dienstlicher E-Mail-Adresse und Homepage!)
3. Psychotherapeutische bzw. psycho-onkologische Qualifikation (z.B. abgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung bzw.in Weiterbildung befindlich, Zusatzqualifikation APOM, WPO, etc.)
4. Approbation ja/nein
5. Kassenzulassung ja/nein
6. DMP-Abrechnung ja/nein
7. Therapeutische Orientierung (VT, TP, PA, Systemische Therapie)
8. Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ja/nein
9. Freie Angaben zu Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkten in max. fünf Sätzen

Datenschutzerklärung: Ihre Angaben werden auf die N-PSOM-Website übernommen und sind über die Benutzung der Suchfunktion online für jedermann einsehbar. Auf Verlangen können die Daten selbstverständlich kurzfristig gelöscht bzw. geändert werden.

Die Daten bleiben beim Verein und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ausnahme: Falls die Zustimmung im Rahmen des Mitgliedsantrags erfolgt ist, werden die Daten an das Tumorzentrum München, anfragende Betroffene sowie Kolleg*innen übermittelt.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Angaben zum Zahlungsempfänger (Gläubiger)

Name des Zahlungsempfängers

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Gläubiger-Identifikationsnummer (Gläubiger-ID)

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungspflichtigen

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Mandatsreferenznummer des Zahlungspflichtigen

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC des Zahlungspflichtigen*

* Die Angabe einer BIC ist keine Pflicht und erfolgt rein optional.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.



SEPA-Lastschriftmandate einfach digital organisieren mit SEPA-Transfer.

Jetzt kostenlos testen!

www.jam-software.de/sepa-transfer