

Formular für die Eintragung in die Homepage-Therapeutenliste der DÄGAT
Deutsche Ärztesellschaft für autologe Therapieverfahren e.V.

Herr Frau Titel _____
Vorname _____ Name _____
Arzt Arzt für _____
Straße _____
D / A / CH PLZ _____ Wohnort _____
Tel _____ Fax _____
email _____ Website _____

Ich bin Mitglied in der DÄGAT ja nein

Ich habe bereits Kurse absolviert ja nein

wann _____ wo _____

Ich war bereits als Referent betreffs autologer Therapien aufgetreten

wann _____ wo _____

Ich will Mitglied werden. (Eintrag ins Internet kostenlos)

Ich möchte kein Mitglied werden, zahle dafür 15,-- Euro für den Eintrag ins Internet. (für 2 Jahre, 2006/2007)

Bitte kreuzen Sie die Therapieverfahren an, die Sie in Ihrer Praxis durchführen!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> = native Eigenbluttherapie | <input type="checkbox"/> = Eigenbluttherapie nach <i>Höveler</i> bzw. <i>Garthe</i> |
| <input type="checkbox"/> = homöopathische Eigenbluttherapie nach <i>H. Imhäuser</i> | <input type="checkbox"/> = Autovakzine (<i>Arbeitskreis für Mikrobiologische Therapie</i> , Herborn) |
| <input type="checkbox"/> = Gegensensibilisierung / Allergostop I nach <i>K. Theurer</i> | <input type="checkbox"/> = Eigenurin- Therapie |
| <input type="checkbox"/> = Ozon-Eigenblut- Therapie | <input type="checkbox"/> = autologe Tumorthherapie |
| <input type="checkbox"/> = HOT / UVB-Behandlung | <input type="checkbox"/> = sonstige autologe Therapien |

Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben und bin mit dem Eintrag in die Therapeutenliste der DÄGAT einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____