



Rückantwort

Professor Dr. Max J. Hilz
AG Autonomes Nervensystem in der DGN
Universitätsklinik Erlangen
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen

Mit freundlicher Unterstützung
der Pfizer Pharma GmbH

GERMAN
AUTONOMIC
SOCIETY



ARBEITS-
GEMEINSCHAFT
AUTONOMES
NERVENSYSTEM
IN DER DGN



WILLKOMMEN

Das autonome Nervensystem hat bisher nur wenig Beachtung in der wissenschaftlichen und praktischen Medizin gefunden, obwohl es lebenswichtige Funktionen wie die des Herzens, des Kreislaufes, der Atmung, des Verdauungstraktes und des Urogenitalsystems reguliert. Die Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem (German Autonomic Society) hat sich deshalb zur Aufgabe gemacht, alle, die an der wissenschaftlichen Erforschung sowie an der Diagnostik und Therapie von Störungen des autonomen Nervensystems interessiert sind, zusammen zu führen. Diese Aufgabe kann nur interdisziplinär erfolgen. Somit sind sowohl Grundlagenfächer wie Anatomie und Physiologie als auch die klinischen Disziplinen wie Kardiologie, Diabetologie, Gastroenterologie, Neurologie, Pädiatrie und Urologie angesprochen. Die Mitgliedschaft in der AG erbringt viele Vorteile, die auf der nächsten Seite angeführt sind. Wenn Sie Interesse haben, füllen Sie bitte das angeheftete Antragsformular aus. Wir freuen uns auf Ihren Beitritt und Ihre Mitarbeit in der AG.

Mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. Max J. Hilz

Sprecher der German Autonomic Society

- Kostenlose Zusendung des „AG ANS-Newsletter“
- Freie Hospitation in autonomen Laboren
- Mitgliedschaft in der European Federation of Autonomic Societies (EFAS) enthalten
- Jährliche wissenschaftliche Kongresse zu Themen des Autonomen Nervensystems
- Reduzierter Abonnentenpreis „Clinical Autonomic Research“
- Im Internet unter www.ag-ans.de (im Aufbau)
- Interdisziplinärer fachlicher Austausch mit Diabetologen, Kardiologen, Physiologen, Pädiatern ...
- Nur 30 EUR Mitgliedsbeitrag im Jahr

ANTRAG

AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem der DGN.

Ich bin Mitglied der DGN:

Ja Nein

Name _____

Klinik _____

Abteilung _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift

+ Stempel _____