

**Prof. Dr. Martin Dannecker**  
Erster Vorsitzender  
Joachim-Friedrich-Str. 2 · 10711 Berlin  
E-Mail: Dannecker@dgfs.info

**Thula Koops, M. Sc.**  
Geschäftsführerin  
Institut für Sexualforschung  
und Forensische Psychiatrie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52 · 20246 Hamburg  
Tel.: +49-40-7410-57760, Fax: -57921  
E-Mail: Koops@dgfs.info

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich, als ordentliches Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. aufgenommen zu werden.

Name..... Vorname..... Titel.....

Geburtsort..... Geburtsdatum.....

Anschrift (für Post der DGfS) .....

.....

.....

Tel.: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Benennung von zwei Bürgen, die Mitglieder der Gesellschaft sind:

1. ....

2. ....

**Einen beruflichen Werdegang (Ausbildung, bisherige Tätigkeiten, Veröffentlichungen) habe ich diesem Antrag beigelegt.**

Den jährlichen Gesamtbeitrag in Höhe von EUR 170,00

- werde ich auf das Konto der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE08 3006 0601 0002 8301 83, BIC: DAAEDEDXXX) überweisen.
- möchte ich von meinem Konto abbuchen lassen. Eine Einzugsermächtigung hierfür füge ich bei.

Der Gesamtbeitrag (€ 170,00) setzt sich derzeit zusammen aus dem Mitgliedsbeitrag (€ 80,00) und dem Abonnement der Zeitschrift für Sexualforschung (€ 90,00).

Auf Antrag kann für RentnerInnen, Arbeitslose u.ä. (€ 110,00) sowie für Studierende (€ 90,00) ein ermäßigter Gesamtbeitrag gewährt werden. In diesem Fall füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Ermäßigung des Mitgliedsbeitrags“ aus und legen die nötigen Nachweise (Studienbescheinigung etc.) bei.

**Berufsbezeichnung, -zulassung** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Psychologin/Psychologe
- Ärztin/Arzt  
Facharztbezeichnung: .....  abgeschlossen  in Ausbildung
- Soziologin/Soziologe
- Pädagogin/Pädagoge
- Juristin/Jurist
- Anderer Beruf:.....

**Überwiegende Tätigkeit:**

- Angestellt  Selbstständig  Nicht (mehr) berufstätig

**Kolleginnen und Kollegen, die psychotherapeutisch tätig sind, bitten wir, noch folgende Fragen zu beantworten:**

**Anerkannte Psychotherapeutische Ausbildung:**

- Ja  nein  in Ausbildung

**Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut:**

- Ja  nein  beantragt

**Zulassung durch Kassenärztliche Vereinigung:**

- Ja  nein  beantragt

Ich erkläre mich hiermit mit der Speicherung meiner Daten, der anonymisierten statistischen Auswertung und der Verwendung für DGfS-interne Zwecke (z.B. Versenden berufsspezifischer Informationen an Mitglieder) einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift