**Geschäftsführender Vorstand**

Prof. Dr. med. Margitta Worm (Präsidentin)

Allergologie und Immunologie

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Tel. +49 (0)30-450 518 105 · Fax +49 (0)30-450 518 931

E-Mail margitta.worm@charite.de

Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann (1. Vizepräsident)

Kinderzentrum Bethel

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Grenzweg 10, 33617 Bielefeld

Tel. +49 (0)521-772 78059 · Fax +49 (0)521-772 78060

E-Mail eckard.hamelmann@evkb.de

Prof. Dr. med. Thomas Werfel (2. Vizepräsident)

Klinik für Dermatologie, Allergologie
und Venerologie

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Tel. +49 (0)511-532 5092 · Fax +49 (0)511-532 8112

E-Mail werfel.thomas@mh-hannover.de

Prof. Dr. med. Christian Taube (Generalsekretär)

Ruhrlandklinik

Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum

Essen gGmbH -Universitätsklinik-

Tüschener Weg 40, 45239 Essen

Tel. +49 (0)201-433 4001 · Fax +49 (0)201-433 4009

E-Mail christian.taube@rlk.uk-essen.de

Prof. Dr. med. Martin Wagenmann (Schatzmeister)
HNO-Klinik Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
Tel. +49 (0)211 811-9480 · Fax +49 (0)211 811-8880
E-Mail martin.wagenmann@uni-duesseldorf.de

**Erweiterter Vorstand**

PD Dr. med. Adam Chaker, München

E-Mail adam@chaker.de

Prof. Dr. med. Thilo Jakob, Gießen
E-Mail thilo.jakob@derma.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. Susanne Lau, Berlin

E-Mail Susanne.Lau@charite.de

Prof. Dr. med. Oliver Pfaar, Marburg

E-Mail oliver@pfaar.org

Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner, Marburg

E-Mail wpfuetzn@med.uni-marburg.de

Prof. Dr. rer. nat. Monika Raulf, Bochum

E-Mail raulf@ipa-dguv.de

Prof. Dr. med. Joachim Saloga, Mainz

E-Mail joachim.saloga@unimedizin-mainz.de

Prof. Dr. med. Bianca Schaub, München
E-Mail Bianca.Schaub@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Bettina Wedi, Hannover

E-Mail wedi.bettina@mh-hannover.de

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Torsten Zuberbier, Berlin

E-Mail torsten.zuberbier@charite.de

**Geschäftsstelle**

Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Tel. +49 (0)30-2804 7100 · Fax +49 (0)30-2804 7101

E-Mail info@dgaki.de

www.dgaki.de

**Bankverbindung**

Deutsche Bank 24 Paderborn

IBAN DE15472700240505221200

BIC/SWIFT DEUTDEDB472

USt.ID Nr. DE232002659

Steuer-Nr. 045 250 71123

Finanzamt Frankfurt/Main

Version 05-2023

 DGAKI Geschäftsstelle ·Robert-Koch-Platz 7 ·10115 Berlin

xxx

Berlin, 20.12.2022

**Betr.: Bitte um Benennung eines Mandatsträgers**

Sehr geehrte/r Frau/Herr

es freut mich, Ihnen mitteilen zu können, dass die Anmeldung der Sxx-Leitlinie **„xxx“, AWMF-Reg.Nr. 061-xxx** in das Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) aufgenommen worden ist.

Die Erstellung der Leitlinie richtet sich nach den methodischen Anforderungen des Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstruments *DELBI*.

Hierzu bitte ich Sie, **Mandatsträger/innen** alsAnsprechpartner zu benennen, die/den die Koordinatoren der Leitlinie (xxx) in Leitlinien-Angelegenheiten kontaktieren und zu den Arbeitsgruppensitzungen und Leitlinien-Konferenzen einladen kann.

Dieser Mandatsträger sollte neben der Einbringung wissenschaftlicher bzw. persönlicher Erfahrungen die Interessen ihrer Fachgesellschaft/Organisation in unserer Leitlinien-Gruppe vertreten. Damit sollte gewährleistet werden, dass die Leitlinieninhalte nach Abschluss des Entwicklungsprozesses durch Ihre Fachgesellschaft/Organisation auch offiziell mitgetragen werden können.

Aufgrund seiner/ihrer wissenschaftlichen Reputation/Erfahrung im Bereich unseres Leitlinien-Themas möchten wir die Mandatsträger **…**

**…**

**…**

 für dieses Amt vorschlagen.

Dafür bitte ich Sie, das beiliegende **Antwortfax ausgefüllt bis zum xx.xx.xxxx** zurückzusenden.

Mit freundlichen Grüßen

**Antwort an:**

xxx

**Fax-Nr.**

**Leitlinienprojekt**

[Titel, AWMF-Reg.Nr.]

**Fachgesellschaft / Organisation:**

[Titel der eingeladenen Fachgesellschaft/ Organisation]

Wir sind gern bereit, an. o.g. Leitlinienprojekt mitzuwirken und benennen hierzu als

**Mandatsträger/in:**

Titel, Vorname, Nachname: ......................................................................................

Institut/Klinik:..........................................................................................................

Straße + Hausnummer:..........................................................................................

PLZ + Ort:.............................................................................................................

eMail-Adresse:.......................................................................................................

Telefon:.................................................................................................................

FAX:.......................................................................................................................

**Stellvertreter des / der Mandatsträger/in:**

Titel, Vorname, Nachname: ......................................................................................

Institut/Klinik:..........................................................................................................

Straße + Hausnummer:..........................................................................................

PLZ + Ort:.............................................................................................................

eMail-Adresse:.......................................................................................................

Telefon:.................................................................................................................

FAX:.......................................................................................................................

**Ggf. weitere Mandatsträger aufführen**

**Datum, Unterschrift/Stempel:**