

Antrag auf Anerkennung einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung

Rücksendung per Mail an fb@aekhb.de oder per Fax an 0421/3404-269

Per Brief an Akademie für Fortbildung der Ärztekammer Bremen, Schwachhauser Heerstr. 30, 28209 Bremen

Angaben zum Veranstalter / Absender

Veranstalter: _____

Telefon/Mail: _____

Versandanschrift: _____

Verantwortlicher Arzt, Mitglied
der Ärztekammer Bremen _____
(muss nicht der wissenschaftliche Leiter sein)

Angaben zur Veranstaltung

Titel: _____

Termine: _____

Uhrzeit: _____
(ab 2 Std. bitte Programm beifügen bzw. Pausenzeiten benennen)

Ort: _____

Kategorie:

- (A) Vortrag mit Diskussion
- (B) mehrtägige Kongresse
- (C) Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener aktiver Beteiligung (z.B. Workshop, Arbeitsgruppe, Qualitätszirkel, Balintgruppe, Supervision, Fallkonferenzen)
- (D) Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form
- (I) Tutoriell unterstützte Online-Fortbildung mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form
- (K) Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltungen

Antrag auf Anerkennung einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung

Lernerfolgskontrolle

Beantragen Sie einen Zusatzpunkt für eine schriftliche LEK? Ja Nein

(Bitte LEK beifügen. Diese muss mindestens 10 Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten enthalten, wovon nur eine Antwort richtig sein darf)

Teilnehmer*innen

Erwartete Teilnehmerzahl: _____

Teilnahmegebühr: _____

Unterstützung der Veranstaltung

Wird die Veranstaltung unterstützt? Ja* Nein

Name / Sitz der Firma: _____

*Es fällt eine Anerkennungsgebühr an. Die Referentenhonorare sind zu veröffentlichen. Einladung und Programm sind in der originalen Endfassung beizulegen. Interessenkonflikte des Veranstalters, der Referenten sowie des verantwortlichen Arztes müssen offen gelegt werden.

Angaben zur Veröffentlichung

Veröffentlichung gewünscht: Ja Nein

Anmeldung erforderlich: Ja Nein

Anmeldung/Auskunft bei: _____

Telefon/Mail: _____

Bis zu 3 Referenten _____

(Titel, Vor- u. Nachname, Ort) _____

Hiermit wird bestätigt, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung unabhängig von kommerziellen oder werbenden Interessen Dritter sind und den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung entsprechen. Die Sponsorentätigkeit beeinflusst nicht Forum und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme. Objektive Produktinformation nach wissenschaftlichen Kriterien, z. B. durch pharmazeutische Industrie ist zulässig. Die Anerkennung ist vor dem Veranstaltungstermin bei der Ärztekammer zu beantragen. Über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 der Datenschutzverordnung informieren wir Sie auf https://www.aekhb.de/ueber_uns/datenschutz/2/58/index.html

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel