

Alle Antragsunterlagen mit Unterschrift und Stempel per E-Mail-Anhang an: anerkennung@aecko.de
(Bitte elektronisch ausfüllen!)

Die vollständigen Unterlagen sind **mindestens 6 Wochen vor der Veranstaltung** einzureichen.

Anerkennung der Fortbildung nach § 5 Abs. 4 Rettungsgesetz NRW erwünscht Ja Nein

Titel:

Laufzeit: von _____ bis _____

Homepage:

Zugangsdaten bitte separat angeben!

Unterrichtseinheiten insgesamt: à 45 Minuten

Teilnahmegebühr: Euro Abo Einzelkauf

Autorinnen/Autoren: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Tutorielle Betreuung: 1. _____ 2. _____

Fachgebiete: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Bitte ordnen Sie das Thema einem Hauptgebiet und bis zu zwei Nebengebieten zu.

Wissenschaftliche Leitung:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Titel:** _____
w
d

Berufliche Anschrift:

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Straße, Nr.:** _____

Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Veranstalter: - wie wissenschaftliche Leitung: Ja Nein

Institution: _____ **Ansprechpartner:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Straße, Nr.:** _____

Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Ggf. Organisator (Anbieter o. Ä.): Bitte Erklärung auf der letzter Seite beachten!

Institution: _____ **Ansprechpartner:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Straße, Nr.:** _____

Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Veranstaltung wird gesponsert von:

Sponsoring erfolgt in Form von:

Sponsoring erfolgt in Höhe von: Euro _____ **Anteil an Gesamtkosten:** % _____

Liegt bereits die Anerkennung/Ablehnung einer anderen Ärztekammer vor? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher:

Ich habe die Informationen zum **Datenschutz** unter www.aekno.de/fortbildung/veranstalter zur Kenntnis genommen.

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Gebühren

Gebühren für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen werden entsprechend Gebührenordnung der Ärztekammer Nordrhein in der jeweils gültigen Fassung erhoben.

Datum, Unterschrift und Stempel des Veranstalters

Verantwortlichkeit der wissenschaftlichen Kursleitung

Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass die Fortbildungsinhalte den Zielen der Fortbildungsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, die Vorgaben der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte eingehalten werden, die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referierenden offengelegt werden. Diese Regelungen sowie die Bestimmungen der Richtlinie zur Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein und die "Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung" der Bundesärztekammer sind bei Planung und Durchführung zu beachten und werden von mir eingehalten; entsprechende Erklärungen des Veranstalters und der wissenschaftlichen Leitung sind diesem Antrag beigefügt.

Ich verantworte den Inhalt der Fortbildungsmaßnahme und stelle sicher, dass das der Ärztekammer Nordrhein vorgelegte Programm eingehalten wird. Die Referierenden, die Fortbildungsinhalte und der Gestaltungsrahmen werden so ausgewählt, dass sie dem Zweck qualitativ hochwertiger, interessenunabhängiger neutraler ärztlicher Fortbildung dienen. Ich stelle insbesondere sicher, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.

Bei Präsenzveranstaltungen bin ich während der gesamten Fortbildungsveranstaltung persönlich anwesend. Eine Verhinderung zeige ich der Ärztekammer Nordrhein unverzüglich an und teile mit, wer die wissenschaftliche Leitung stellvertretend übernimmt.

Am Ende der vollständig absolvierten Fortbildungsmaßnahme erhalten die Teilnehmenden von mir eine unterzeichnete Teilnahmebescheinigung gemäß Mustervorlage der Ärztekammer Nordrhein.

Hiermit bestätige ich als für den wissenschaftlichen Inhalt verantwortliche wissenschaftliche Leitung, bei erkennbaren Verstößen gegen die genannten Normen tätig zu werden (z. B. durch korrigierenden Hinweis an den Verursacher: Referierende, Veranstalter; ggf. Information an die zuständige Ärztekammer oder auch - im Vorfeld - Rücknahme des Antrags).

Interessenkonflikte werde ich gegenüber den Teilnehmenden offenlegen. Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten sind diesem Antrag beigefügt.

Datum, Unterschrift und Stempel der wissenschaftlichen Leitung

Ggf. Organisator (Kongressfirma o. Ä.)

Erklärung Organisator

Der Organisator beantragt die Fortbildungsmaßnahme für den Veranstalter. Hiermit wird bestätigt, dass der Organisator in Vollmacht für den Veranstalter handelt und seine Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Anerkennungs- und Gebührenbescheid werden an den Organisator gesandt.

Datum, Unterschrift und Stempel des Veranstalters

Datum, Unterschrift und Stempel des Organisers

Fortbildungsmaßnahme nach § 6 der [Fortbildungsordnung](#)

Kategorie I - Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form (eLearning)

1 Punkt pro Fortbildungseinheit (45 min.)

1 Zusatzpunkt pro Fortbildungseinheit (45 min.) bei vollständiger Erfüllung der „qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer“

Diese Unterlagen werden dem Antrag beigelegt:

Antrag vollständig ausgefüllt (Bitte Unterschriften und Stempel nicht vergessen)

Konformitätserklärung des Veranstalters

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen der wissenschaftlichen Leitung

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen der Referierenden

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen der Autoren/Autorinnen

Zugangsdaten **eLearning beigelegt**

Homepage angegeben