

## Erklärung zur Durchführung eines Live-Webinars

**Titel:**

**Datum:**

**Veranstalter:**

**Wissenschaftliche Leitung (Name, Vorname):**

Der Veranstalter/Anbieter eines Live-Webinars

- gewährleistet, dass die Teilnehmenden während der gesamten Live-Webinars eingeloggt sind und deren kontinuierliche Anwesenheit nachgehalten wird;
- verpflichtet sich, die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) der Teilnehmenden zu erfassen und die Fortbildungspunkte binnen vier Wochen nach der Fortbildung an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) zu melden;
- stellt den Teilnehmenden nach vollständiger Teilnahme am Ende der Fortbildung von der wissenschaftlichen Leitung unterzeichnete (ausdruckbare) Teilnahmebescheinigung zur Verfügung, die folgende Angaben enthält: Name und Vorname der wissenschaftlichen Leitung, Veranstalter, Vor- und Nachname der Teilnehmenden, Titel des Live-Webinars, Veranstaltungsnummer (VNR), Datum der Teilnahme und der Ausstellung der Teilnahmebescheinigung, anerkennende Ärztekammer, Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie;
- stellt für den Fall, dass die Veranstaltung aufgezeichnet wird, auf Aufforderung die Aufzeichnung der Ärztekammer Nordrhein zur Verfügung.
- führt eine Evaluation des Live-Webinars durch die Teilnehmer durch und stellt der Ärztekammer Nordrhein auf Anforderung die Ergebnisse zur Verfügung;
- ermöglicht der Ärztekammer Nordrhein einen kostenfreien Zugang zum Live-Webinar.

Bitte erläutern Sie kurz den Ablauf und die technischen Bedingungen bei der Durchführung des Live-Webinars unter Angabe des verwendeten Systems, z. B.:

Skype

ZOOM

Webex

GoToMeeting

Microsoft Teams

Sonstige:

Ich habe die Informationen zum Datenschutz unter: [www.aekno.de/fortbildung/veranstalter](http://www.aekno.de/fortbildung/veranstalter) zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

**Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme.**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Veranstalter/Organisator

Ich erkläre, dafür Sorge zu tragen, dass die oben gemachten Angaben eingehalten werden:

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift wissenschaftliche Leitung