



# ANTRAG AUF ANERKENNUNG

einer Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikates der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Ärztliche Fortbildung  
Marlies Doose-Heidborn  
Esmarchstraße 4  
23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 803 759  
Fax 04551 803 766  
fortbildung@aeksh.de

Bitte fügen Sie unbedingt ein detailliertes komplettes Programm (zeitl. Programmablauf mit Anfangs-, End- u. Pausenzeiten) bei.

Veranstalter:	
Versandanschrift:	
Ansprechpartner:	
E-Mail-Adresse Ansprechpartner:	
Veranstaltungsthema:	
ggf. Unterthema	
Referenten:	
Wiss. Leiter (genauer Name und kompl. Anschrift):	
Termin:	
Ort (genaue Anschrift):	
Fachgebiet:	

Kategorie:	Veranstaltungsdauer:
A Vortragsveranstaltungen mit Diskussion <input type="checkbox"/>	Anfangszeit: <input type="text"/> Uhr
B Mehrtägige Kongresse (ohne Einzelnachweis) <input type="checkbox"/>	Ende: <input type="text"/> Uhr
C Fortbildungen mit konzeptionell vorgesehener aktiver Beteiligung der Teilnehmer <input type="checkbox"/>	(Bitte <b>Programm</b> beifügen!)
D Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle. <input type="checkbox"/>	Stunden: <input type="text"/> Tage: <input type="text"/>
H Curriculär vermittelte Inhalte (Curricula BÄK, Weiterbildungskurse) <input type="checkbox"/>	(abzügl. Pausen)
I Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit Lernerfolgskontrolle <input type="checkbox"/>	Erwartete Anzahl der teilnehmenden <b>Ärzte / Ärztinnen:</b>
K Blended Learning Fortbildungsmaßnahme mit Online- und Präsenzmodulen <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Zusatzpunkt für Lernerfolgskontrolle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
! wenn ja, bitte Bogen beifügen !	welche?: <input type="text"/>
Liegt bereits die Anerkennung einer Landesärztekammer vor?	Punktzahl: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Werden für die Veranstaltung Teilnehmergebühren erhoben?</b> (Die Hälfte einer Teilnehmergebühr wird gemäß Gebührensatzung für die Bearbeitung der Anerkennung erhoben)	<input type="checkbox"/> ja	in Höhe von: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> nein	EURO <input type="text"/>
<b>Wird die Veranstaltung gesponsert?</b> (Bei Anerkennung einer gebührenfreien, aber von Firmen unterstützten Fortbildungsveranstaltung wird gemäß Gebührensatzung eine Bearbeitungsgebühr von 100,- € erhoben.)	<input type="checkbox"/> ja	Von wem?: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Rechnungsanschrift:</b> <input type="text"/>		
<b>Evaluation: Die Ärztekammer Schleswig-Holstein schreibt eine grundsätzliche obligatorische Evaluation der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen vor. Hierzu soll der Evaluationsbogen der Ärztekammer Schleswig-Holstein genutzt werden.</b> (vgl. <a href="http://www.aeksh.de/Ärzte/Fortbildung/Anerkennung_von_Fortbildungsveranstaltungen">www.aeksh.de/Ärzte/Fortbildung/Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen</a> )		

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 Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme. Objektive Produktinformation nach wissenschaftlichen Kriterien, z.B. durch pharmazeutische Industrie, ist zulässig.

Bei Abweichungen von den Leitsätzen und Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer bitte Begründung angeben:

\* Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung können bei der Bundesärztekammer unter [www.baek.de](http://www.baek.de) heruntergeladen werden.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

**BITTE UNBEDINGT BEACHTEN:**

DER ANTRAG KANN NUR BEARBEITET WERDEN, WENN DAS ANTRAGSFORMULAR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT UND DAS VERANSTALTUNGSPROGRAMM, AUS DEM DER GENAUE ZEITLICHE ABLAUF HERVORGEHEN SOLL, IN GEDRUCKTER FORM BEIGEFÜGT WIRD! ALLE ANGABEN IN DEN VON IHNEN AUSGEFÜLLTEN FELDERN WERDEN OHNE KORREKTUR ÜBERNOMMEN, D. H. DIE EINGABEN BEI THEMA, FACHGEBIET, KURSLEITER ETC. MÜSSEN KORREKT SEIN, DA AUCH TEILNAHMEBESCHEINIGUNG/ VERÖFFENTLICHUNGSTEXT IM INTERNET AUS DIESEN ANGABEN GENERIERT WERDEN. DIE ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN ÜBERNIMMT KEINE VERANTWORTUNG FÜR DEN INHALT, FÜR DIE ANGABEN HAFTET DER VERANSTALTER.

Wir bitten Sie sich direkt mit der Redaktion des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes per e-Mail: [aerzteblatt@aecksh.de](mailto:aerzteblatt@aecksh.de) oder telefonisch unter 04551 803 274 in Verbindung zu setzen, wenn eine Veröffentlichung Ihrer Veranstaltung im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt erwünscht ist.