

## Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen für Referenten und wissenschaftliche Leitung (Kursleiter) (Vorsitzende/Moderatoren/Herausgeber/Autoren)

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme: \_\_\_\_\_

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Nach der Fortbildungsordnung der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte sowie den Richtlinien zur Fortbildungsordnung und den Grundsätzen der Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung sind Interessenkonflikte offenzulegen.

### Folgende Pflichtangaben werde ich zu Beginn meines Vortrages als Folie einfügen:

Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten.

#### A. Erklärung zu finanziellen Interessen

- I. Ich habe Forschungsförderung erhalten (persönlich oder zu meiner persönlichen Verfügung) unmittelbar finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Personal, Geräte usw.)

**Nein**

**Ja** von einem/den Sponsor(en)  
dieser Veranstaltung

von einer anderen Institution  
(Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

- II. Ich bin Referent der o.g. Veranstaltung und habe als solcher in den letzten 5 Jahren ein Honorar oder geldwerte Vorteile, zum Beispiel eine Kostenerstattung (Reise-/Übernachungskosten) oder die Übernahme von Teilnehmergebühren als passiver Teilnehmer einer Veranstaltung erhalten oder werde dies in den kommenden 12 Monaten erhalten (hierzu zählt auch die Teilnahme an nicht für das Fortbildungszertifikat anerkannten Fortbildungen)

**Nein**

**Ja** von einem/den Sponsor(en)  
dieser Veranstaltung

von einer anderen Institution  
(Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

- III. Ich bin bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger o.ä. gewesen:

**Nein**

**Ja** von einem/den Sponsor(en)  
dieser Veranstaltung

von einer anderen Institution  
(Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

- IV. Ich bzw. mein Ehepartner/Partner/Kinder halte(n) ein Patent/Geschäftsanteile/Aktien o.ä. (hierzu zählt auch, wenn ein Ehepartner/Partner/Kind Angestellte(r) einer solchen Firma ist, ausgenommen sind fondgebundene Beteiligungen)

1. an einer im Bereich der Medizin aktiven Firma, die aber nicht zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen nicht vom Thema dieser Fortbildung berührt werden.

**Nein**

**Ja**

2. an einer Firma, die zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen vom Thema dieser Fortbildung berührt wird

**Nein**

**Ja**

## B. Weitere Erklärungen/Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten.

- Organisation, für die Sie tätig sind:
- Position in dieser Organisation:
- Mitgliedschaft und Position in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden und ggf. anderen, für diese Fortbildungsmaßnahme relevanten Vereinigungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(ggfs. Fortsetzung auf einem weiteren Blatt)*

Ich werde die Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen auf einer zusätzlichen Folie in meiner Präsentation darstellen (Pflicht)

**Die Erklärungen zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen aller Beteiligten (Referenten/Vorsitzende/Moderatoren/Kursleiter/Herausgeber/Autoren) müssen dem Veranstalter vollständig ausgefüllt zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme für das Fortbildungszertifikat vorliegen und der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

# INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

## ANERKENNUNG VON FORTBILDUNGSMASSNAHMEN

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

### I. KONTAKTDATEN

#### VERANTWORTLICHER NACH DSGVO

Ärztekammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts,  
gesetzlich vertreten durch den Präsidenten  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
datenschutzverantwortlicher@aecko.de  
Tel.: 0211/4302-0

#### BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER:

Ärztekammer Nordrhein  
Datenschutzbeauftragter  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
datenschutzbeauftragter@aecko.de  
Tel.: 0211/4302-0

### II. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihren Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme bearbeiten zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit Sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben.

### III. RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich aus: Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c und e, Abs. 2 und 3 DSGVO, § 6 Abs. 1 Nr. 4 u. 5 Heilberufsgesetz NRW und §§ 4 und 7 Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein.

### IV. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die Fortbildungsmaßnahmen werden auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein veröffentlicht.

### V. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Bearbeitung Ihres Antrages oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen (5 Jahre für das Fortbildungszertifikat).

### VI. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben auch das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: [Poststelle@ldi-nrw.de](mailto:Poststelle@ldi-nrw.de), Tel.: 0211/38424-0.