

Alle Antragsunterlagen mit Unterschrift und Stempel per E-Mail-Anhang an: [anerkennung@aejno.de](mailto:anerkennung@aejno.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:**

**m 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](http://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.)

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen der wissenschaftlichen Leitung (angelegt)  
(diese Erklärung für Referierende/Autoren/Herausgebende etc. finden Sie auf der Homepage unter Einzeldateien)

Konformitätserklärung des Veranstalters (angelegt)

Zugangsdaten eLearning

Homepage angegeben

## Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen für wissenschaftliche Leitung (Bei Antragstellung vorlegen)

und Referierende/Vorsitzende/Moderierende/Herausgebende/Autoren (Bitte Seite 2 beachten)

**Titel der Fortbildung:**

**Datum / Ort der Fortbildung:**

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

- II. Ich bin Referierender 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) von einer anderen Institution  
dieser Veranstaltung (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)

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

**Nein**

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

*(ggf. 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 (Referierende/Vorsitzende/Kursleitung/Moderierende/Herausgebende/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.

### **Bei Antragstellung ist die Erklärung der wissenschaftlichen Leitung vorzulegen.**

Ich habe die Informationen zum Datenschutz unter <https://www.aekno.de/fortbildung/veranstalter> zur Kenntnis genommen.

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

---

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

## Konformitätserklärung des Veranstalters

**Titel der Fortbildung:**

**Datum / Ort der Fortbildung:**

**Veranstalter:**

- I. Ich erkläre nach § 9 Abs. 3 der Fortbildungsordnung i.V.m. § 7 Abs. 2 Richtlinie zur Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein, dass
- die Vorgaben der Berufsordnung und der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein einschließlich der Richtlinien und die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung bei der Fortbildungsmaßnahme beachtet werden,
  - die Fortbildungsmaßnahme i.S.v. § 8 Abs. 1 d Fortbildungsordnung wissenschaftlich durch eine Ärztin oder einen Arzt verantwortlich betreut und geleitet sowie berufsrechtlich verantwortet wird (Wissenschaftliche Leitung),
  - die Fortbildungsmaßnahme i.S.v. § 8 Abs. 1 f Fortbildungsordnung für jede Ärztin und jeden Arzt zugänglich ist und zu diesem Zweck rechtzeitig öffentlich angekündigt wird,
  - die Referierenden, die Fortbildungsinhalte und der Gestaltungsrahmen so gewählt wurden, dass sie dem Ziel und dem Zweck objektiver Interessen unabhängiger ärztlicher Fortbildung dienen,
  - von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Fortbildungsinhalte genommen wird.
- II. Ich erkläre zum Sponsoring von Fortbildungen,
- alle Vereinbarungen zur Unterstützung dieser Fortbildungsmaßnahme in Schriftform nach Aufforderung der Kammer vorzulegen und von diesen abweichenden Nebenabreden nicht zu treffen,
  - bei Präsenzveranstaltungen die Platzierung von Industrieausstellungen (z. B. Aufstellung eines Informationsstandes) räumlich getrennt von der Fortbildungsmaßnahme vorzunehmen,
  - Informationsmaterial der Sponsoren getrennt von der Fortbildungsmaßnahme außerhalb des Fortbildungsraumes zu verteilen,
  - die Anmeldedaten nicht für werbende Maßnahmen zu verwenden,
  - Sponsor und die Art sowie finanzielle Höhe der Leistung wie folgt transparent zu machen:
    - bei Präsenzveranstaltungen auf der/die letzte Seite/Seiten des Programms,
    - in Printmedien am Ende des Beitrags,
    - bei elektronisch angebotener Fortbildung erkennbar (ohne Verlinkung).
  - die Angaben zum Sponsoring nicht als Marketingmittel zu missbrauchen (z. B. durch Kategorisierung der Sponsoren oder Wertung des Umfangs der Unterstützung) ,
  - die Unterstützung ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms der ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen zu verwenden,
  - den Sponsor nicht am wissenschaftlichen Teil der Fortbildungsmaßnahme zu beteiligen und diesem keinen Einfluss auf die fachliche Programmgestaltung, die Referentenauswahl oder die Fortbildungsinhalte zu geben,

parallel zur Fortbildungsveranstaltung kein kommerziell unterstütztes Rahmenprogramm durchzuführen.

- der wissenschaftlichen Leitung gegenüber bereits in der Planungsphase, dass von den Sponsoren zur Verfügung gestellte Gesamtbudget sowie seine zweckgebundene Verwendung offengelegt zu haben.

**III.** Ich erkläre zudem Folgendes,

- dafür Sorge zu tragen, dass Veranstalter, wissenschaftliche Leitung sowie Referierende gegenüber den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme mögliche Interessenkonflikte in Form einer Selbstauskunft offenlegen,
- die Fortbildung so durchzuführen, dass eine transparente und strenge Abgrenzung zwischen fachlicher Fortbildung und ggf. anderen Aktivitäten besteht,
- dass Einladungen, Programme, Schulungsmaterialien und Webseiten für die Fortbildungsmaßnahme keine sonstigen Elemente von Firmen- und/oder Produktwerbung aufweisen,
- dass Mitarbeitende des Sponsors nicht als Referierende, Kursleitende oder Autoren bei einer Fortbildungsmaßnahme mitwirken,
- dass keine Ansicht der Folien oder anderer Materialien durch eine Firma der Pharma- oder Geräteindustrie vor einem Vortrag erfolgt,
- dass eine strukturierte Durchführung der Evaluation nach den Vorgaben der Ärztekammer erfolgt,
- dass die Fortbildungspunkte der Teilnehmenden auf elektronischem Wege nach Abschluss der Fortbildungsmaßnahme direkt an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) weitergeleitet werden.

**IV.** Ich versichere, dass die Erklärungen zu Interessenkonflikten aller an der Fortbildungsmaßnahme Beteiligten (Referierende/Vorsitzende/Moderierende/Kursleitung/Herausgebende/Autoren) zum Zeitpunkt der Antragstellung beim Veranstalter vorliegen und auf Aufforderung der Ärztekammer Nordrhein vorgelegt werden können.

**V.** Ich versichere, dass alle im Antragsverfahren genannten Personen, insbesondere die Kursleitung und die Referierenden, mit der Veröffentlichung ihrer Namen, Vornamen, Titel und Arbeitsstätten in dem öffentlich auf der Internetseite der Ärztekammer Nordrhein einsehbaren Veranstaltungskalender einverstanden sind. Einen entsprechenden Nachweis, zum Beispiel den diese Klausel umfassenden Vertrag, lege ich der Ärztekammer Nordrhein auf Anforderung vor.

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

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

---

*Ort* *Datum* *Unterschrift/Stempel Veranstalter/Organisator*

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben gemachten Angaben zutreffend sind.**

---

*Ort* *Datum* *Unterschrift/Stempel wissenschaftliche Leitung*