

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

Die vollständigen Unterlagen sind **mindestens 4 Wochen vor der Veranstaltung** einzureichen.

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

Titel:

Datum: von _____ bis _____ **Zeit:** _____ bis _____

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

**Sonstige Angaben
zum Veranstaltungsort:**

Referierende: 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Fachgebiete: 1. _____ 2. _____ 3. _____
Bitte ordnen Sie das Thema einem Hauptgebiet und bis zu zwei Nebengebieten zu.

Anzahl Tage: _____ **Unterrichtsstunden insgesamt:** _____ à 45 Minuten

Teilnehmergebühr: _____ **Euro** **Erwartete Teilnehmerzahl:** _____

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 (Kongressfirma 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.aeckno.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

Bitte stufen Sie Ihre Veranstaltung in eine der folgenden Kategorien ein

Kategorie A - Vortrag, auch Live-Webinar und Diskussion

hierzu gehören auch Veranstaltungen in Kliniken und interdisziplinäre Kolloquien:

1 Punkt pro Fortbildungseinheit (45 min.)

1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle (Nachweis beifügen!) *

Kategorie B - Mehrtägige Kongresse

im In- und Ausland, wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt:

3 Punkte pro ½ Tag oder 6 Punkte pro ganzen Tag

Kategorie C - Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung der einzelnen Teilnehmer

Bitte Art und Umfang der konzeptionell vorgesehenen Beteiligung darlegen und im Programm kennzeichnen

(z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen) bis max. 25 Teilnehmer pro Gruppe:

1 Punkt pro Fortbildungseinheit (45 min.)

1 Zusatzpunkt bis zu 240 min., maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag

1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle (Nachweis beifügen!) *

* Zur **Beantragung des Zusatzpunktes bei Lernerfolgskontrolle** senden Sie uns bitte den Nachweis zu.

Es sollten mindestens **10 Fragen** nach dem Multiple-Choice-Verfahren gestellt werden.

Pro Frage sollten **5 Antwortmöglichkeiten** vorgegeben sein, von denen nur eine richtig ist.

Kategorie G - Hospitationen (Gruppenhospitationen im Rahmen einer Fortbildung)

1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

Kategorie H - Curricular vermittelte Inhalte

z. B. in Form von curricularen Fortbildungsmaßnahmen, Inhalte von Weiterbildungskursen, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Inhalte von Zusatzstudiengängen

1 Punkt pro Fortbildungseinheit (45 min.)

Diese Unterlagen werden dem Antrag beigelegt:

Antrag vollständig ausgefüllt (Bitte Unterschriften und Stempel nicht vergessen.)

Erklärung zu finanzieller und nicht-finanzieller Interessen der wissenschaftlichen Leitung (angefügt)

(Diese Erklärung für Referierende/Autoren/Herausgebende etc. finden Sie auf der Homepage unter Einzeldateien)

Konformitätserklärung des Veranstalters (angefügt)

Einladung, Flyer oder sonstigen Ankündigungsmaterialien, einschl. Anmeldung, Veranstaltungs-Links

Programm (Zeitablauf, Themen, Referierende, Moderierende, Benennung der wissenschaftlichen Leitung)

ggf. Erklärung zur Durchführung eines Live-Webinars (Formular auf der Homepage unter Einzeldateien)

ggf. Erklärung der wissenschaftlichen Leitung von Fall-, Tumor- und Schmerzkonferenzen

(Formular auf der Homepage unter Einzeldateien)

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

- III. Ich bin bezahlter Berater/interner Schulungsreferierender/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 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,

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

- dafür Sorge zu tragen, dass Veranstalter, wissenschaftliche Leitung sowie Referierende gegenüber den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme mögliche Interessenkonflikte in Form einer Selbstauskunft offenlegen,

- 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.

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

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

S. 2 v. 2