

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 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*