

## Erklärung zur Durchführung einer Fortbildung in virtueller Präsenz

**Titel:**

**Datum:**

**Anbieterin/Anbieter:**

**Wissenschaftliche Leitung (Name, Vorname):**

Die Anbieterin/der Anbieter eines Virtuellen Präsenz

- gewährleistet, dass sich die Teilnehmenden und Mitwirkenden während der gesamten Dauer der Fortbildungsmäßnahme zeitgleich im virtuellen Raum befinden.
- hat, soweit notwendig auch wiederholt, eine geeignete Anwesenheitskontrolle durchzuführen.
- verpflichtet sich, die Einheitliche Fortbildungsnr. (EFN) der Teilnehmenden zu erfassen und die Fortbildungspunkte innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Fortbildungsmäßnahme an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) zu melden;
- stellt den Teilnehmenden nach Beendigung und vollständiger Teilnahme der Fortbildungsmäßnahme, eine von der wissenschaftlichen Leitung unterzeichnete (ausdruckbare) Teilnahmebescheinigung zur Verfügung, die folgende Angaben enthält: Vor- und Nachname des Teilnehmenden, Geburtsdatum, Titel und Datum der Virtuellen Präsenz, Name und Vorname der wissenschaftlichen Leitung, Veranstaltungsnummer (VNR), Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie; Anbieterin/Anbieter, anerkennende Ärztekammer, Ort/Datum der Ausstellung der Teilnahmebescheinigung,
- stellt für den Fall, dass die Veranstaltung aufgezeichnet wird, auf Aufforderung die Aufzeichnung der Ärztekammer Nordrhein zur Verfügung.
- führt eine Evaluation der Virtuellen Präsenz durch die Teilnehmenden durch, informiert die Mitwirkenden über das Ergebnis und stellt das Evaluationsergebnis der Ärztekammer Nordrhein über <https://www.surveio.com/survey/d/E1F2S9R1M8E4Y4S2X> zur Verfügung;
- ermöglicht der Ärztekammer Nordrhein eine unentgeltlichen Teilnahme zur Virtuellen Präsenz.

Bitte erläutern Sie kurz den Ablauf und die technischen Bedingungen bei der Durchführung der Virtuellen Präsenz unter Angabe des verwendeten Systems, z. B.:

ZOOM

Webex

GoToMeeting

Microsoft Teams

Google Meet

Sonstige:

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

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

---

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel Anbieterin/Anbieter / Organisatorin/Organisator

Ich erkläre, dafür Sorge zu tragen, dass die oben gemachten Angaben eingehalten werden:

---

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel wissenschaftliche Leitung