

Formular zur Vergabe von Fortbildungspunkten für augenärztliche Fortbildungsveranstaltungen

Bitte dem Antrag unbedingt ein Programm beilegen, da sonst keine Zertifizierung erfolgen kann!

Titel der Veranstaltung :

Datum:

Uhrzeit von:

bis:

Veranstaltungsort:

PLZ:

Ort:

Straße:

Sonstige Angaben zum Veranstaltungsort:

Landesärztekammer des Veranstaltungsortes:

Anzahl Tage:

Unterrichtsstunden (à 45 Minuten insgesamt):

Veranstaltungs-/Kursgebühr in EURO:

Erwartete Teilnehmerzahl:

Findet eine Lernerfolgskontrolle statt (falls ja, Fragen und Antworten bitte beilegen):

alle Referenten (genaue Angabe des Titels, Vor- und Nachname) und deren Thema (falls sich dies nicht aus dem beigelegten Programm ergibt)

Fachgebiet Augenheilkunde (bitte ordnen Sie das Thema zu, 1 Hauptgebiet, max. 2 zusätzl. Gebiete)

Verantwortlicher Augenarzt (Titel, Vorname, Name)

Institution:

Adresse (Strasse, PLZ, Ort):

Tel.:

FAX:

E-Mail:

Veranstalter ist der verantwortliche Augenarzt:

ja

nein

Seite 1 von 2

Formular zur Vergabe von Fortbildungspunkten für augenärztliche Fortbildungsveranstaltungen

Bitte dem Antrag unbedingt ein Programm beilegen, da sonst keine Zertifizierung erfolgen kann!

Veranstalter: (Titel, Vorname, Name)		
Institution:		
Adresse (Strasse, PLZ, Ort):		
Tel.:	FAX:	E-Mail:

Rechnungsanschrift falls abweichend vom Veranstalter:

Veranstaltung wird gesponsert von:	
------------------------------------	--

Sponsoring erfolgt in Form von:	
---------------------------------	--

Bitte geben Sie den Anteil des Sponsoring an den Gesamtaufwendungen an (€/ %):	€/	%
	(bitte beides angeben)	

Liegt bereits die Anerkennung/Ablehnung der Veranstaltung einer Ärztekammer zur Zertifizierung vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welcher?
---	-----------------------------	-------------------------------	-------------------

Wünschen Sie eine offizielle Anerkennung der CME-Punkte durch die zuständige Landesärztekammer? (Wenn Kosten seitens der LÄK anfallen, werden wir diese automatisch dem Veranstalter weiterberechnen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Wünschen Sie eine kostenlose Veröffentlichung in der Verbandszeitschrift „der Augenarzt“ und in Zeitschrift „Der Ophthalmologe“? (nur bei rechtzeitiger Beantragung möglich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Voraussetzung für die Anerkennung ist, dass die Fortbildungsinhalte

- die Empfehlungen der Ärztekammern zur Durchführung ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen berücksichtigen
- den Vorgaben der Berufsordnung sowie dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechen
- medizinisch-fachlich bezogene Themen vermitteln
- frei von wirtschaftlichen Interessen sind.

Bitte bestätigen Sie als für den medizinischen Inhalt verantwortlicher Arzt und Kursleiter, dass die beantragte Veranstaltung die genannten Voraussetzungen zur Anerkennung als zertifizierte ärztliche Fortbildung im Rahmen der Muster-Fortbildungsordnung des Deutschen Ärztetages 2004 erfüllt.

Erklärung zur Produktneutralität: Es wird versichert, dass die Darstellung der Themen unabhängig und die Darstellung der Fortbildungsinhalte firmen- und produktneutral erfolgt.

Unterschrift des augenärztlichen Kursleiters