

Anwesenheitsliste QZ 2017 - 2021



Moderator: Dr. med. Diedrich Beckerling, Gelsenkirchen

Name der Veranstaltung: Qualitätszirkel Palliativmedizinischer Konsiliardienst Gelsenkirchen

Thema der Sitzung: _____

Veranstaltungsort: Gelsenkirchen **Termin:** _____ **Uhrzeit:** von _____ bis _____ Uhr

Angaben zu den Teilnehmern

Falls Barcodeetikett nicht vorhanden, bitte Namen und Vornamen angeben. Nur wenn die EFN in Barcodeform oder Ziffernfolge eingetragen wird, kann garantiert werden, dass die Fortbildungspunkte der Veranstaltung an das Fortbildungspunktekonto des Teilnehmers übermittelt werden.

Barcodeetikett oder EFN* in Ziffernfolge oder Name/Vorname	Unterschrift	Barcodeetikett oder EFN* in Ziffernfolge oder Name/Vorname	Unterschrift
1. Hier bitte Barcode aufkleben		12. Hier bitte Barcode aufkleben	
2. Hier bitte Barcode aufkleben		13. Hier bitte Barcode aufkleben	
3. Hier bitte Barcode aufkleben		14. Hier bitte Barcode aufkleben	
4. Hier bitte Barcode aufkleben		15. Hier bitte Barcode aufkleben	
5. Hier bitte Barcode aufkleben		16. Hier bitte Barcode aufkleben	
6. Hier bitte Barcode aufkleben		17. Hier bitte Barcode aufkleben	
7. Hier bitte Barcode aufkleben		18. Hier bitte Barcode aufkleben	
8. Hier bitte Barcode aufkleben		19. Hier bitte Barcode aufkleben	
9. Hier bitte Barcode aufkleben		20. Hier bitte Barcode aufkleben	
10. Hier bitte Barcode aufkleben		21. Hier bitte Barcode aufkleben	
11. Hier bitte Barcode aufkleben		22. Hier bitte Barcode aufkleben	

*Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) Mit der Verwendung des Barcodes erkläre ich mich mit der elektronischen Verwaltung und der Weitergabe der Fortbildungspunkte an die zuständige Ärztekammer einverstanden.

(QZ 2017 - 2021)

Qualitätszirkel Palliativmedizinischer Konsiliardienst Gelsenkirchen

Teilnahmebescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr/Frau Dr. med. _____

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

am **Qualitätszirkel Palliativmedizinischer Konsiliardienst Gelsenkirchen** unter Moderation von
Dr. med. Diedrich Beckerling, Facharzt für Urologie, Gelsenkirchen

zum Thema: _____

am _____

in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

in Gelsenkirchen

teilgenommen hat.



Feld bitte nicht überkleben!

**Der Qualitätszirkel ist im Rahmen der
Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit
3 Punkten (Kategorie: C) anrechenbar.**

Diese Bescheinigung ist nur vollständig ausgefüllt und mit Originalstempel
des o. g. Moderators gültig.

Ort

Datum

Unterschrift/Stempel des Moderators

(QZ 2017 – 2021)