



Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme gemäß Curriculum der Bundesärztekammer bzw. gemäß Curriculum der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Veranstalter: _____

Ärztl. Wissenschaftl.
Leiter (Antragsteller): _____

Stv. Wissenschaftl. Leiter: _____

Ansprechpartner
(Tel./Fax/E-Mail): _____

Titel/Thema der
Fortbildungsmaßnahme: _____

Termin: _____

Ort: _____

Erwartete Teilnehmerzahl: _____

Hauptzielgruppe: _____

Beschreibung der durchzuführenden Lernerfolgskontrolle (sofern Lernerfolgskontrolle gem. Curriculum vorgesehen ist)

Liegt für eine von Ihnen durchgeführte vergleichbare Fortbildungsmaßnahme eine Anerkennung durch eine andere Landesärztekammer vor? ja ☐ nein ☐

⇒ Wenn ja, durch welche? _____

Liegt für eine von Ihnen durchgeführte vergleichbare Fortbildungsmaßnahme eine Ablehnung durch eine andere Landesärztekammer vor? ja ☐ nein ☐

⇒ Wenn ja, durch welche? _____

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- detailliertes Programm (zeitl. Ablauf unter Angabe von Pausen, Referenten zu den Themen)
- Referentenliste (vollständige Namen und Tätigkeitsorte)
- Bei Wissenschaftl. Leitern und Referenten, die nicht Mitglied der Ärztekammer Westfalen-Lippe sind, sowie bei nicht-ärztlichen Referenten: Qualifikationsnachweise (z. B. erworbene Anerkennungen etc.)
- Ggf. Informationen zur Lernerfolgskontrolle

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Informationen können jederzeit unter www.aekwl.de/zertifizierung-datenschutz abgerufen und in schriftlicher Form beim Ressort Fortbildung der ÄKWL angefordert werden.

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung der hier angegebenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 a; Art 4 Nr. 2 Datenschutzgrundverordnung) durch das Ressort Fortbildung der ÄKWL einverstanden.