



Erklärung zur Durchführung eines Live-Webinars mit einer Dauer ab 3 Unterrichtseinheiten

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Ressort Fortbildung
Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster
E-Mail: zertifizierung@aekwl.de
Fax: 0251 - 929 - 2259

Titel der Online-Fortbildung: _____

Datum: _____

Wissenschaftliche/r Leiter/in (Name, Vorname): _____

Der Veranstalter/Anbieter einer Online-Fortbildung

- gewährleistet, dass die Teilnehmer/innen während der gesamten Online-Fortbildung eingeloggt sind und deren kontinuierliche Anwesenheit nachgehalten wird;
- gewährleistet, dass die Lernerfolgskontrolle durchgeführt wird;
- verpflichtet sich, die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) der Teilnehmer/innen zu erfassen und die Fortbildungspunkte an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) zu melden (Bitte beachten: Meldung nur von Teilnehmern an den EIV, die an der Lernerfolgskontrolle teilgenommen haben!);
- stellt den Teilnehmern/innen eine (ausdruckbare) Teilnahmebescheinigung zur Verfügung, die folgende Angaben enthält: Veranstalter, Vor- und Nachname des Teilnehmers/der Teilnehmerin, Titel der Online-Fortbildung, Veranstaltungsnummer (VNR), Datum der Teilnahme und der Ausstellung der Teilnahmebescheinigung, anerkennende Ärztekammer, Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie (Bitte beachten: Gilt nur für Teilnehmer, die an der Lernerfolgskontrolle teilgenommen haben!);
- verpflichtet sich auf Aufforderung, die Online-Fortbildung aufzuzeichnen und die Aufzeichnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe kostenfrei zur Verfügung zu stellen;
- führt eine Evaluation der Online-Fortbildung durch die Teilnehmer/innen durch und stellt der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf Anforderung die Ergebnisse zur Verfügung;
- ermöglicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe einen kostenfreien Zugang zur Online-Fortbildung.

Bitte erläutern Sie kurz den Ablauf und die technischen Bedingungen bei der Durchführung der Online-Fortbildung unter Angabe des verwendeten Systems, z. B.

- BigBlueButton Skype Zoom Webex GoToMeeting Jitsi
 Fastviewer Apple FaceTime Microsoft Teams anderes: _____

Ort

Datum

Unterschrift/Stempel Wiss. Leiter/in