ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

Ärztliche Fortbildung
Konformitätserklärung Wissenschaftliche Leitung

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

Absender:

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme: _____

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme: _____

Name / Vorname des Wissenschaftl. Leiters: _____

Als Wissenschaftlicher Leiter / Wissenschaftliche Leiterin der Fortbildungsmaßnahme erkläre ich,

- die Vorgaben der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie das Fortbildungsziel und die Fortbildungsinhalte gemäß der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter Berücksichtigung der Richtlinien der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur Anerkennung und Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen zu beachten;
- sicherzustellen, dass die beantragte Fortbildungsmaßnahme in Form und Inhalt nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung in ihrer jeweils aktuellen Version geplant und durchgeführt wird;
- dass ich die Verantwortung für die Qualität der Fortbildungsmaßnahme im Sinne der Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung in ihrer jeweils aktuellen Version trage;
- dass die Referenten/-innen, die Fortbildungsinhalte und der Gestaltungsrahmen so ausgewählt wurden, dass sie dem Zweck objektiver, interessenunabhängiger ärztlicher Fortbildung dienen;
- sicherzustellen, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird;
- sicherzustellen, dass bei gesponserten Fortbildungsmaßnahmen Interessenkonflikte der wissenschaftlichen Leitung, des Veranstalters sowie der Referenten/-innen in Form einer Selbstauskunft gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern offengelegt werden (z. B. erste Folie bei Vorträgen, Handout, Aushang, Hinweis im Programm, Link, Download). (Muster-) Folienmaster sind eingestellt unter www.aekwl.de/zertifizierung;
- dass ich während der gesamten Fortbildungsveranstaltung anwesend bin;
- dass der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Falle meiner Verhinderung unverzüglich mitgeteilt wird, dass die im Antrag genannte stv. Wissenschaftl. Leitung die Durchführung der Fortbildungsmaßnahme übernimmt;
- dass das dem Antrag auf Fortbildungsanerkennung angefügte Programm sowie das gegebenenfalls verwendete Ankündigungs- bzw. Einladungsschreiben einschließlich Anmeldeunterlagen nach Inhalt, Form und Layout endgültigen Charakter hat. Mir ist bekannt, dass dem Programm die Gestaltung der Programmpunkte, die Referenten/-innen unter Angabe eines gegebenenfalls bestehenden Titels und des Arbeitgebers, der zeitliche Ablauf sowie eine gegebenenfalls finanzielle Förderung durch Dritte (Sponsoren) zu entnehmen sein muss;
- den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine vollständig ausgefüllte und von mir unterzeichnete Teilnahmebescheinigung gemäß Mustervorlage der Ärztekammer Westfalen-Lippe am Ende der Veranstaltung auszuhändigen;
- dafür zu sorgen, dass die Fortbildungspunkte der Teilnehmer/-innen innerhalb von 8 Tagen nach Ende der Fortbildungsmaßnahme an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) gemeldet werden oder der Ärztekammer Westfalen-Lippe innerhalb der genannten Frist eine Original-Anwesenheitsliste mit eingeklebten Barcode-Etiketten der Teilnehmer/-innen zukommt;
- dass es meine Aufgabe ist, bei erkennbaren Verstößen tätig zu werden (z. B. durch korrigierenden Hinweis an den Verursacher: Referent, Veranstalter; ggf. Information an die zuständige Ärztekammer Westfalen-Lippe).

_____

Ort | Datum | Unterschrift / Stempel der Wissenschaftl. Leitung