



Landesärztekammer Baden-Württemberg * Postfach 700361 * 70573 Stuttgart

MVZ Lörrach & Universitätsspital Basel
Strahlentherapie und Radioonkologie
Röntgenstr. 10
79539 Lörrach

15.09.2017

Durchwahl: -30

Fax: -82

Email: ZertFobi@laek-bw.de

Anerkennung und Bewertung - Musterteilnahmebescheinigung - Rückmeldeformular

Titel/Bezeichnung der Fortbildung: Radioonkologischer Journal Club

Nummer der Fortbildung (VNR): 2760809005445720013 (bei Anfragen oder Schriftwechsel bitte unbedingt angeben!)

Anbieter-/Veranstalternummer (ANR): 8856

Anbieter/Veranstalter: MVZ Lörrach & Universitätsspital Basel

Abteilung: Strahlentherapie und Radioonkologie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihrem Antrag auf Anerkennung Ihrer Fortbildung für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Baden-Württemberg haben wir stattgegeben.

Als Verantwortlicher für die Fortbildung haben Sie sich bei Antragstellung verpflichtet,

1. die Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten,
2. die wissenschaftliche Leitung und Referenten anzuhalten, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung über Interessenkonflikte zu unterrichten,
3. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Ihre Interessenkonflikte zu unterrichten,
4. für die Einhaltung der "Empfehlungen zur Ärztlichen Fortbildung" der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung zu sorgen,
5. die Produktneutralität der Fortbildung zu gewährleisten,
6. die sonstigen, einschlägigen, rechtlichen Verpflichtungen (z.B. Fernunterrichtsschutzgesetz) einzuhalten,
7. nur namentlich gekennzeichnete Teilnahmebescheinigungen an anwesende Personen am Ende der Fortbildung auszugeben,
8. die nicht ausgegebenen Teilnahmebescheinigungen zu vernichten,
9. eine Teilnehmerliste mit Originalunterschriften zu führen und innerhalb von 4 Wochen nach der Fortbildung die Anzahl der ärztlichen Teilnehmer der Landesärztekammer mittels elektronischem Rückmeldeformular zu melden,
10. auf Aufforderung durch die Landesärztekammer die Teilnehmerliste zu übersenden sowie
11. die einheitlichen Fortbildungsnummern (EFN) der Teilnehmer über den elektronischen Informationsverteiler (EIV) zu melden,
12. bei Lernerfolgskontrolle: innerhalb von 4 Wochen nach der Fortbildung die Anzahl der ärztlichen Teilnehmer mit bestandener Lernerfolgskontrolle mittels elektronischem Rückmeldeformular zu melden,
13. bei Lernerfolgskontrolle: auf Aufforderung durch die Landesärztekammer die anonymisierten Prüfungsbogen zu übersenden.

Hinweis: Ein grober Verstoß gegen diese von Ihnen bestätigten Verpflichtungen kann zur Sperrung des Veranstalters in Baden-Württemberg und zur Mitteilung an die anderen Ärztekammern führen.

Für Ihre Fortbildung wünschen wir Ihnen einen guten Verlauf und insbesondere eine rege Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Matthias Felsenstein

Internist, Kardiologie, Internistische Intensivmedizin, Suchtmedizin
Ärztliches Qualitätsmanagement, Fachkunde Rettungsdienst, Verkehrsmedizinische Qualifikation
Leistungsspektrum Hochgebirgsmedizin
Leiter der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung



!!! Diese Seite ist nicht an die Teilnehmer herauszugeben !!!

Anerkennung und Bewertung der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Titel/Bezeichnung der Fortbildung: Radioonkologischer Journal Club

Nummer der Fortbildung (VNR): 2760809005445720013

Datum der Fortbildung: 09.01.2018 / 09:15h - 10:00h

Ort der Fortbildung: 79539 Lörrach

Teilnahmegebühr: 0 €

Anbieter/Veranstalter: MVZ Lörrach & Universitätsspital Basel

Die Fortbildung wird von der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit

1 Fortbildungspunkten (FP) in Kategorie A

für das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Bescheinigen Sie die Teilnahme entweder mittels der nachfolgenden Teilnahmebescheinigung oder in geeigneter Form unter Angabe der aus der nachfolgenden Teilnahmebescheinigung ersichtlichen Pflichtdaten (Anbieter/Veranstalter, Titel/Bezeichnung, Nummer, Datum und Ort der Fortbildung, Teilnahmegebühr, Kategorie, Anzahl der Fortbildungseinheiten und von der Landesärztekammer anerkannte Fortbildungspunkte), versehen mit Originalunterschrift und -stempel des Anbieters/Veranstalters unter Angabe von Ort und Datum.

Die einheitlichen Fortbildungsnummern (EFN) der Teilnehmer sind vom Veranstalter bzw. Anbieter grundsätzlich über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) zu melden.

Daten zur Meldung:

Nummer der Fortbildung (VNR)		Passwort TAN	Datum / Zeit	Kategorie	Fortbildungspunkte (FP)
 * 2 7 6 0 8 0 9 0 0 5 4 4 5 7 2 0 0 1 3 *	 für Fobi@pp	ujywxze4	09.01.2018 / 09:15 - 10:00	A	1

Hinweise zur Übermittlung der Daten an den EIV finden Sie auf unserer Homepage
<http://www.aerztekammer-bw.de/1230>

Stuttgart, 15.09.2017



Matthias Felsenstein

Internist, Kardiologie, Internistische Intensivmedizin, Suchtmedizin
Ärztliches Qualitätsmanagement, Fachkunde Rettungsdienst, Verkehrsmedizinische Qualifikation
Leistungsspektrum Hochgebirgsmedizin
Leiter der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung

MVZ Lörrach & Universitätsspital Basel

Teilnahmebescheinigung über eine ärztliche Fortbildung

Hiermit wird

Frau / Herrn _____

(Name des Teilnehmers) ¹

(Dienst-/Wohnort) ¹

die Teilnahme an der Fortbildung bescheinigt.

Radioonkologischer Journal Club

Nummer der Fortbildung (VNR): 2760809005445720013

Ort der Fortbildung: 79539 Lörrach

Teilnahmegebühr: 0 €

Anbieter/Veranstalter: MVZ Lörrach & Universitätsspital Basel

Abteilung: Strahlentherapie und Radioonkologie

Anerkennende Ärztekammer: Landesärztekammer Baden-Württemberg

Datum / Zeit	Kategorie	Fortbildungseinheiten (FE)	Fortbildungspunkte (FP)
09.01.2018 / 09:15 - 10:00	Kategorie A	1	1

(Ort und Datum) ¹

(Unterschrift/Stempel der wissenschaftlichen Leitung
oder einer von ihr autorisierten Person (i.A.)) ²

¹ vom Anbieter/Veranstalter auszufüllen.

² Bei Verwendung eines Faksimiles muss jede Teilnahmebescheinigung einzeln abgestempelt sein.

Teilnehmerliste

Titel / Bezeichnung der Fortbildung:
Radioonkologischer Journal Club

Datum:
09.01.2018



Nummer der Fortbildung (VNR):



★ 2 7 6 0 8 0 9 0 0 5 4 4 5 7 2 0 0 1 3 ★

bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift
bitte Barcode einkleben (ersatzweise Adresse eintragen)	Unterschrift

