

Ärztliche Fortbildung Konformitätserklärung der wissenschaftlichen Leitung

Landesärztekammer Brandenburg
Referat Fortbildung
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus

Absender:

E-Mail: zertifizierung@laekb.de
Telefax: 0355 78010-339

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme:

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme:

Name / Vorname des wissenschaftlichen Leiters/ der wissenschaftlichen Leiterin:

Als wissenschaftlicher Leiter/ wissenschaftliche Leiterin der genannten Fortbildungsmaßnahme erkläre ich,

- die Vorgaben der Berufsordnung der Landesärztekammer Brandenburg sowie das Fortbildungsziel und die Fortbildungsinhalte gemäß der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg 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 Interessenskonflikte der wissenschaftlichen Leitung, des Veranstalters sowie der Referenten/-innen in Form einer Selbstauskunft gegenüber den Teilnehmern und Teilnehmerinnen offengelegt werden;
- dass ich während der gesamten Fortbildungsveranstaltung anwesend bin und den Teilnehmern und Teilnehmerinnen eine von mir unterzeichnete Teilnahmebescheinigung gemäß Mustervorlage der Landesärztekammer Brandenburg am Ende der Veranstaltung ausgehändigt wird;
- bei erkennbaren Verstößen tätig zu werden (z. B. durch korrigierenden Hinweis an den Verursacher: Referent, Veranstalter; ggf. Information an die zuständige Ärztekammer).

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der wissenschaftl. Leitung