

Bitte Antrag senden an:

**Bezirksärztekammer Koblenz
Emil-Schüller-Straße 45**

56068 Koblenz

Antrag auf Erteilung des „Fortbildungszertifikates“

für den Zeitraum von _____ bis _____

Kammermitgliedern wird auf Antrag von der zuständigen Ärztekammer ein Fortbildungszertifikat ausgestellt, wenn die umseitig genannten Anforderungen erfüllt sind.

Titel / Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon-Nr. (für Rückfragen): _____

e-Mail / Fax: _____

Geburtsdatum / Geburtsort: _____

Auszug aus der Fortbildungssatzung

- Erwerb und Nachweis von mindestens
 - 250 Fortbildungseinheiten in fünf Jahren.
- Die Fortbildungseinheit entspricht in der Regel einem Fortbildungspunkt, der für den Nachweis einer 45-minütigen anerkannten Fortbildungsveranstaltung vergeben wird.
- Die Teilnahme an anerkannten Qualitätszirkeln wird wie die Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen gewertet. Die Teilnehmer an einem Qualitätszirkel erhalten allerdings 1 Zusatzpunkt. Damit wird die Teilnahme an einem anerkannten Qualitätszirkel mit 3 Punkten bewertet.
- Referenten erhalten für Vorträge im Rahmen der ärztlichen Fortbildung 1 Punkt je Vortragsthema.
- Für kontinuierliches selbstständiges Studium der Fachliteratur werden pro Jahr auf Antrag 10 Fortbildungspunkte anerkannt.
- Alle Veranstaltungen, die für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer berücksichtigt werden sollen, müssen von einer Ärztekammer anerkannt worden sein.

Teilnahmen bitte nach Datum geordnet eintragen. Bitte arbeiten Sie sorgfältig. Im Einzelfall können Nachweise (komplette Unterlagen) angefordert werden.

Datum	Veranstaltungsthema / Veranstalter	Durch Ärztekammer bzw. Akademie für Ärztliche Fortbildung vergebene Akkreditierungs- Nummer		Fortbildungspunkte
Zwischensumme der Vorseite				
Gesamtsumme				=====

Ich erkläre hiermit, mich kontinuierlich durch selbstständiges Studium der Fachliteratur fortgebildet zu haben. Ich beantrage, dass mir 10 Punkte pro Jahr hierfür gutgeschrieben werden.

Die Korrektheit meiner Angaben bestätige ich ausdrücklich.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____