

Information über die Durchführung einer Fortbildungsveranstaltung gem. § 95 d SGB V



Fax-Nummer: 089 / 72401 493

Name des Anbieters/Veranstalters: _____

Ansprechpartner/Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Name/Titel des Referenten: _____

Thema/Titel der Veranstaltung: _____

Veranstaltungsort, Adresse: _____

Veranstaltungstermin:

Veranstaltungsdauer in Stunden:
(nur Fortbildungszeiten)

Fortbildung **mit aktiver Beteiligung** der Teilnehmer
Praktische Übungen:
(Hands-on, Arbeit am Patienten oder Phantom)

ja

nein

Halbtagsveranstaltung

Ganztagsveranstaltung

1 Zusatzpunkt für **schriftliche Lernerfolgskontrolle**

ja

nein

Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK vergeben werden:

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung den aktuellen Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK, DGZMK und der KZBV einschließlich der gemeinsamen Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK entspricht.

Datum

Stempel/Unterschrift