

## Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen für wissenschaftliche Leitung und Referierende

(Vorsitzende/Moderierende/Herausgebende/Autoren)

**Titel der Fortbildung:**

**Datum / Ort der Fortbildung:**

**Name / Vorname:**

Nach der Fortbildungsordnung der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte sowie den Richtlinien zur Fortbildungsordnung und den Grundsätzen der Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung sind Interessenkonflikte offenzulegen.

**Folgende Pflichtangaben werde ich zu Beginn meines Vortrages als Folie einfügen:**

Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten.

### A. Erklärung zu finanziellen Interessen

- I. Ich habe Forschungsförderung erhalten (persönlich oder zu meiner persönlichen Verfügung) unmittelbar finanziell oder in Form geldwerter Leistungen (Personal, Geräte usw.)

**Nein**

<b>Ja</b>	von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung	von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
-----------	---	--

- II. Ich bin Referierender der o.g. Veranstaltung und habe als solcher in den letzten 5 Jahren ein Honorar oder geldwerte Vorteile, zum Beispiel eine Kostenerstattung (Reise-/Übernachungskosten) oder die Übernahme von Teilnehmergebühren als passiver Teilnehmer einer Veranstaltung erhalten oder werde dies in den kommenden 12 Monaten erhalten (hierzu zählt auch die Teilnahme an nicht für das Fortbildungszertifikat anerkannten Fortbildungen)

**Nein**

<b>Ja</b>	von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung	von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
-----------	---	--

- III. Ich bin bezahlter Berater/interner Schulungsreferierender/Gehaltsempfänger o.ä. gewesen:

**Nein**

<b>Ja</b>	von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung	von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)
-----------	---	--

- IV. Ich bzw. mein Ehepartner/Partner/Kinder halte(n) ein Patent/Geschäftsanteile/Aktien o.ä. (hierzu zählt auch, wenn ein Ehepartner/Partner/Kind Angestellte(r) einer solchen Firma ist, ausgenommen sind fondgebundene Beteiligungen)

1. an einer im Bereich der Medizin aktiven Firma, die aber nicht zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen nicht vom Thema dieser Fortbildung berührt werden.

**Nein**

**Ja**

2. an einer Firma, die zu den Sponsoren dieser Fortbildung gehört bzw. deren Geschäftsinteressen vom Thema dieser Fortbildung berührt wird

**Nein**

**Ja**

## B. Weitere Erklärungen zu nicht-finanziellen Interessen

### Name / Vorname:

Bitte machen Sie Angaben zu insgesamt den letzten 5 Jahren und den nächsten 12 Monaten:

- Organisation, für die Sie tätig sind
- Position in dieser Organisation
- Mitgliedschaft und Position in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden und ggf. anderen, für diese Fortbildungsmaßnahme relevanten Vereinigungen

*(ggf. Fortsetzung auf einem weiteren Blatt)*

**Ich werde die Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen auf einer zusätzlichen Folie in meiner Präsentation darstellen (Pflicht)**

**Die Erklärungen zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen aller Beteiligten (Referierende/Vorsitzende/Kursleitung/Moderierende/Herausgebende/Autoren) müssen dem Veranstalter vollständig ausgefüllt zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme für das Fortbildungszertifikat vorliegen und der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden.**

Ich habe die Informationen zum Datenschutz unter: [www.aekno.de/fortbildung/veranstalter](http://www.aekno.de/fortbildung/veranstalter) zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

**Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme.**

---

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel