Antwortfax

KV Hessen
Team Mitgliederservice Sonderverträge
mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de
Fax: 069 24741-68805

Bitte ausfüllen
Absender: Name - Anschrift - Fax - E-Mail

Antwortfax

Antrag auf Anerkennung einer DMP-Fortbildung

DMP-Fortbildung: ❑ KHK ❑ Diabetes mellitus Typ 1 ❑ Asthma ❑ COPD ❑ Diabetes mellitus Typ 2

Veranstalter: _____

Thema: _____

_____

Ort, Datum, Zeitrahmen: _____

Fachliche Leitung: _____
(Name und Institution)

_____

Ich/Wir bestätige/n die Einhaltung der „Grundsätze zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen in den Disease-Management-Programmen“ in der jeweils gültigen Fassung.

Insbesondere wird bestätigt, dass die Veranstaltung von Pharmafirmen weder angeboten noch (mit)organisiert oder unterstützt wird.

Mir/uns ist bekannt, dass die KV Hessen das Vorliegen der Voraussetzungen nach den Ziffern 1 und 6 der Grundsätze ggfs. überprüft und hierzu die Vorlage geeigneter Unterlagen zum Nachweis anfordern kann. Die Anerkennung kann jederzeit widerrufen werden, sofern sich herausstellt, dass die bei Erteilung zu Grunde gelegten Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

_____
Ort, Datum Unterschrift des Antragsstellers / der Antragstellerin

Diese Veranstaltung wird als jährliche Fortbildung im DMP
❑ KHK
❑ Diabetes mellitus Typ 1
❑ Diabetes mellitus Typ 2
❑ Asthma bronchiale
❑ COPD

Frankfurt, den

❑ anerkannt ❑ nicht anerkannt.

Ablehnungsgründe:

❑ Thema nicht DMP-relevant
❑ Zeitrahmen unzureichend
❑ Ziffer 1 der Grundsätze
❑ Andere: