

**Antwortfax**  
**KV Hessen**  
**Team Mitgliederservice Sonderverträge**  
**Fax: 069 24741-68805**

**KV** KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

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.

**Inbesondere 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

Frankfurt, den

Dr. med. Ulrich Dorenburg  
Ärztlicher Fachreferent

- KHK
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD
- anerkannt     nicht anerkannt.

Ablehnungsgründe:

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