



Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Frau E. Werum
Langenbeckstr. 2
55131 Mainz

Wir bitten um folgende Angaben:

Name des Anbieters/Veranstalters:
Adresse:
Titel/Thema der Veranstaltung (bitte Programm beilegen):
Veranstaltungsdauer in Stunden:
Name/Titel des/der Referenten:
Veranstaltungsort:
Veranstaltungstermin:
Voraussichtliche Teilnehmerzahl:
Zielgruppe der Veranstaltung:

einmalige Veranstaltung: wiederkehrende Veranstaltung:

Fortbildungsart:

- (A) Frontalveranstaltung: Vortrag, Symposium, Tagung, Kongress (In- und Ausland)
- (B) Fortbildung mit aktiver Beteiligung der Teilnehmer (Übungen, Qualitätszirkel, Studiengebühren, Visiten, Hospitationen, Supervisionen)

Mündliche oder schriftliche Lernerfolgskontrolle?

ja nein

Ist Arbeit am Patienten, Phantom, Präparat, Hands-on vorgesehen?

ja nein

Wird die Veranstaltung finanziell unterstützt?

nein ja durch wen? _____

Akkreditierung der Fortbildungsveranstaltung Checkliste für Veranstalter

		trifft zu
1.	Es werden praxisorientierte Themen vermittelt	
2.	Die Lerninhalte entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft	
3.	Bezüge zu anderen Gebieten der Zahnheilkunde und zur Medizin werden angesprochen	
4.	Wissenschaftliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Wissensvermittlung ist gegeben	
5.	Finanzielle Unterstützung von Seiten Dritter wird ggf. offen gelegt	
6.	Sofern Produkte von Herstellern verwendet werden, werden verschiedene Produkte dargestellt in Abwägung von Vor- und Nachteilen	
7.	Es handelt sich bei der Veranstaltung um erfahrener qualifizierte Referenten	
8.	Informationen über Lernziele, Inhalte, Methoden, Ort und Zeit der Veranstaltung erfolgt	
9.	Übersichten, Schaubilder etc. werden den Teilnehmern zur Verfügung gestellt	

Der Veranstalter verpflichtet sich, Teilnehmerlisten zu führen und Teilnahmebestätigungen mit dem freiwilligen Fortbildungssiegel der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz an deren Mitglieder auszuhändigen.

Zahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage des beigefügten Bewertungsspiegel der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz beantragt werden:

Hiermit versichere ich, dass die Angaben in diesem Antragsbogen wahrheitsgemäß gemacht wurden.

.....
(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift)