Ärztekammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen für Referenten und Kursleiter

(Vorsitzende/Moderatoren/Herausgeber/Autoren)

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme: Online Sonographiegrundkurs Thorax / Abdomen

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme: Online Sonographiekurse, jederzeit

Name, Vorname Prof. Dr. Holger Strunk

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 die Umstände, die Interessenkonflikte auslösen können, offenzulegen.

Die Erklärungen zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen der Referenten/Kursleiter/ Vorsitzenden/Moderatoren//Herausgeber/Autoren müssen dem Veranstalter vollständig ausgefüllt zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme für das Fortbildungszertifikat vorliegen. Sie sind der Ärztekammer auf Verlangen vorzulegen.

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**
☐ **Ja** *von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung* ☒ **X** *von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)*

II. Ich bin Referent der o.g. Veranstaltung und habe als solcher in den letzten 5 Jahren ein Honorar oder geldwerte Vorteile, zum Beispiel eine Kostenerstattung (Reise-/ Übernachtungskosten) 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**
☐ **Ja** *von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung* ☒ **X** *von einer anderen Institution (Pharma- oder Medizintechnikfirma usw.)*

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

☐ **Nein**
☐ **Ja** *von einem/den Sponsor(en) dieser Veranstaltung* ☒ **X** *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** ☒ **X Ja**

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

☒ X **Nein** ☐ **Ja**

Ärztekammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts

B. Weitere Erklärungen/Erklärung zu nicht-finanziellen Interessen

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

- z.B. 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:

Vorsitzender folgender Vereine:

- Verein zur Förderung von Wissenschaft, Forschung und Fortbildung in der Medizin e.V.

- Bonner Ultraschall-Kolleg e.V.

- Hifu-Bonn e.V.

Mitglied in Fachgesellschaften

- Deutsche Röntgengesellschaft

- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)

- CIRSE

(ggfs. Fortsetzung auf einem weiteren Blatt)

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

Bonn, den	01.02.2019	Prof. Dr. Holger Strunk
Ort	Datum	Unterschrift / Stempel

Prof. Dr. H. Strunk
Oberarzt
Radiologische Universitätsklinik
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

Ärztekammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Informationen zum Datenschutz

Anerkennung von Fortbildungsmassnahmen

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

I. Kontaktdaten

Verantwortlicher nach DSGVO

Ärztekammer Nordrhein
Korperschaft des offentlichen Rechts,
gesetzlich vertreten durch den Präsidenten
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzverantwortlicher@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

Behördlicher Datenschutzbeauftragter:

Ärztekammer Nordrhein
Datenschutzbeauftragter
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzbeauftragter@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

II. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihren Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme bearbeiten zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit Sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben.

III. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich aus: Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c und e, Abs. 2 und 3 DSGVO, § 6 Abs. 1 Nr. 4 u. 5 Heilberufsgesetz NRW und §§ 4 und 7 Fortbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein.

IV. Empfanger der personenbezogenen Daten

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Die Fortbildungsmaßnahmen werden auf der Homepage der Arztekammer Nordrhein veröffentlicht.

V. Dauer der Datenspeicherung

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Bearbeitung Ihres Antrages oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen (5 Jahre für das Fortbildungszertifikat).

VI. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben auch das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: Poststelle@ldi-nrw.de, Tel : 0211/38424-0.