

Antrag auf Verleihung des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ und des ECH



An den zuständigen Landesverband des DZVhÄ

(Adressen siehe Internet www.welt-der-homoeopathie.de und im Jahresprogramm „Ärztliche Homöopathie“)

Angaben zur Person

Anrede/Titel	Vorname	Nachname
Straße		PLZ, Ort
Telefon	Telefax	Facharztbezeichnung
E-Mail		Geburtsdatum
DZVhÄ-Mitglied <input type="radio"/> Ja im Landesverband _____		<input type="radio"/> Nein

Angaben zur Erfüllung der Homöopathie-Diplom-Voraussetzungen

Beginn meiner Diplom-Ausbildung „Homöopathie“

Abschluss meiner Diplom-Ausbildung „Homöopathie“

Variante 1:

Ich erfülle die besonderen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen gemäß § 3 Abs. 2 lit. a) der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

und füge zum Nachweis diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Kopie meiner Urkunde der Genehmigung der ÄK zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ gemäß der Musterweiterbildungsordnung der BÄK von 1993 bzw. der entsprechenden Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer; und
- sofern die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ mehr als fünf Jahre zurückliegt, Belege über die Teilnahme an vom DZVhÄ anerkannten Fortbildungsmaßnahmen im Bereich Homöopathie im Umfang von 100 Stunden innerhalb der letzten fünf Jahre.

Variante 2:

Ich erfülle die besonderen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen gemäß § 3 Abs. 2 lit. b) der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

und füge zum Nachweis diesem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Belege über die Absolvierung der für die Zusatz-Weiterbildung „Homöopathie“ gemäß der Musterweiterbildungsordnung der BÄK von 2003 bzw. der entsprechenden Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer erforderlichen und vom DZVhÄ anerkannten Wochenkurse (A bis D) und 100 Stunden Fallseminare bzw. anstelle der Fallseminare der sechsmonatigen Praxisassistenten in einer vom DZVhÄ anerkannten Lehrpraxis; und
- Belege über die Teilnahme an je einem vom DZVhÄ anerkannten 40-stündigen Kurs E und F gemäß des Curriculums des DZVhÄ; und
- Belege über die Teilnahme und Abschlussprüfung an vom DZVhÄ anerkannten Fallseminaren inklusive Supervision im Umfang von 200 Stunden bzw. anstelle der Fallseminare der zwölfmonatigen Praxisassistenten in einer vom DZVhÄ anerkannten Lehrpraxis; und
- sofern die Absolvierung der nach der MWBO der BÄK von 2003 bzw. der entsprechenden Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung „Homöopathie“ erforderlichen Kurse und Fallseminare mehr als fünf Jahre zurückliegt, Belege über die Teilnahme an vom DZVhÄ anerkannten Fortbildungsmaßnahmen im Bereich Homöopathie im Umfang von 100 Stunden innerhalb der letzten fünf Jahre; und
- Belege über die 24-monatige angestellte Vollzeit-Tätigkeit oder im Falle einer angestellten Teilzeittätigkeit für eine entsprechend längere Dauer, die im Ergebnis einer 24-monatigen Vollzeit-Tätigkeit gleichsteht, in der unmittelbaren Patientenversorgung unter ärztlicher Anleitung eines Weiterbildungsbefugten im Sinne der MWBO der Bundesärztekammer oder einer vom DZVhÄ anerkannten Lehrpraxis.

Ich erkläre darüber hinausgehend,

- dass ich die Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ samt sämtlicher Anhänge zur Kenntnis genommen habe und mit Ihrer Geltung in der jeweils gültigen Fassung einverstanden bin; und
- dass ich mir meiner Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ bewusst bin und dieser für die Zeit des Innehabens des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ nachkommen werde; und
- dass ich mir bewusst bin, dass mir das Diplom im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen gemäß § 8 der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ auch wieder entzogen werden kann; und
- dass ich mir bewusst bin, dass die (erneute) Ausstellung des Homöopathie-Diploms kostenpflichtig ist.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Homöopathie- Diplom

Datenschutzrechtliche Erklärung und Einwilligung

1. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten sowie eingereichten Unterlagen von dem zuständigen DZVhÄ-Landesverband zum Zweck der Verleihung des Homöopathie-Diploms im Auftrag und nach den Richtlinien des DZVhÄ e.V. verarbeitet und genutzt werden, d.h. insbesondere
 - zur Verleihung des von mir beantragten Homöopathie-Diploms, sowie
 - zur fortlaufenden Überprüfung der Berechtigung zur Führung des Homöopathie-Diploms.
2. Ich bin damit einverstanden, unter der von mir angegebenen Postanschrift Fortbildungsangebote, Veranstaltungseinladungen und berufspolitische Informationen zu erhalten.
 Hierzu können Sie mich auch per E-Mail kontaktieren. (Bitte ankreuzen, falls gewünscht.)
3. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine mit diesem Antrag erhobenen Daten zur Veröffentlichung des erteilten Qualifikationsmerkmals einschließlich Vorname, Name, BSNR, LANR, Praxisanschrift und Telefonnummer (alles nur, sofern von mir angegeben) in Verzeichnissen und Medien des DZVhÄ e.V., z.B. der elektronischen Arztsuche im Webangebot des DZVhÄ e.V., sowie zur Weitergabe dieser Daten an Kostenträger zur ausschließlichen Verwendung im Rahmen von Arztempfehlungen und/oder zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit bestimmter homöopathisch-ärztlicher Leistungen genutzt werden.
4. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine bei dem für mich zuständigen DZVhÄ-Landesverband gespeicherten personenbezogenen Daten im hier beschriebenen Umfang und zu den hier beschriebenen Zwecken auch an den DZVhÄ e.V., seinen weiteren Landesverbänden und an die Managementgesellschaft des DZVhÄ mbH weitergegeben sowie von diesen entsprechend verarbeitet und genutzt werden dürfen. Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.
5. Ich bin berechtigt, diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit zu widerrufen. Ein gegenüber der Managementgesellschaft des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte mbH, Postanschrift der Geschäftsstelle (aktuelle Kontaktdaten unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de abrufbar) erklärter Widerruf gilt zugleich gegenüber dem DZVhÄ e.V. und seinen Landesverbänden. Mir ist bewusst, dass ich bei einem Widerruf der unter Ziffer 1 erteilten Einwilligung ein erteiltes Homöopathie-Diplom nicht mehr führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers