



# Antrag auf erneute Ausstellung des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ und des ECH

## An den zuständigen Landesverband des DZVhÄ

(Adressen siehe Internet [www.dzvhae/landesverbaende.de](http://www.dzvhae/landesverbaende.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

Erstmalige Verleihung des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ: \_\_\_\_\_  
Ich verfüge weiterhin über die besonderen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen gemäß § 3 Abs. 2 lit. a) oder lit. b) und S. 2 der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ. Entsprechende Nachweise habe ich bereits mit dem Antrag auf Verleihung des Diploms eingereicht und ich bestätige, dass insofern überreichte Belege weiterhin gültig sind.

Ich bestätige, dass ich in den letzten fünf Jahren mindestens 100 Fortbildungspunkte (1 Fortbildungspunkt entspricht einer Unterrichtsstunde à 45 Minuten) nach der Fortbildungsanerkenntnisrichtlinie des DZVhÄ (Anhang 4) gesammelt habe und füge geeignete Nachweise über meine Teilnahme an vom DZVhÄ anerkannten Fortbildungen und die gesammelten Fortbildungspunkte im Umfang der erforderlichen Gesamtpunktzahl zur Überprüfung bei. Dazu habe ich die beigefügten Nachweisformulare ausgefüllt.

### 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 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; und
- dass ich zur Kenntnis nehme, dass der zuständige DZVhÄ-Landesverband neben den mit diesem Antrag in Zusammenhang stehenden Daten sowie Unterlagen nur noch diejenigen Daten und Unterlagen archiviert, welche für den zuletzt vorausgehenden Ausstellungszeitraum des Homöopathie-Diploms erhoben wurden; und
- dass mir bewusst ist, dass eine nicht formgemäße oder unvollständige Antragstellung zu einer erheblichen Verlängerung der Bearbeitungszeit führen kann und die erneute Ausstellung meines Diploms unter Umständen erst nach dem Ablauf des vorangehenden Diploms verfolgt wird. Erhöhte Aufwände, die mit der Bearbeitung eines nicht formgemäßen oder unvollständigen Antrags verbunden sind, können mir zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Mein Antrag soll spätestens acht Wochen vor Auslaufen des laufenden Diploms dem zuständigen Landesverband vorliegen. Die nicht rechtzeitige Beantragung der Neuausstellung meines Diploms kann dazu führen, dass das neue Diplom aufgrund der benötigten Bearbeitungszeit nicht im direkten zeitlichen Anschluss ausgestellt werden kann.

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 gegenüber dem DZVhÄ e.V.

1. Ich erkläre mich damit 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. (Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ einschließlich sämtlicher Anhänge) 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 (alle Daten nur, soweit 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 in den vorstehenden Ziffern 1. - 3. beschriebenen Umfang und zu den dort 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 Einwilligungen gegenüber dem DZVhÄ e.V., per Post oder E-Mail (aktuelle Kontaktdaten unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) abrufbar), ganz oder teilweise jederzeit zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich einen solchen Widerruf alternativ auch gegenüber der Managementgesellschaft des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte mbH, Postanschrift der Geschäftsstelle (aktuelle Kontaktdaten unter [www.managementgesellschaft-dzvhae.de](http://www.managementgesellschaft-dzvhae.de) abrufbar), oder gegenüber den Landesverbänden des DZVhÄ e.V., Postanschrift der jeweiligen Geschäftsstelle (aktuelle Kontaktdaten unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) abrufbar), erklären kann, die einen solchen Widerruf mit Wirkung gegenüber dem DZVhÄ e.V. ggf. in dessen Auftrag bearbeiten werden. 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

# Homöopathie-Fortbildungsmaßnahmen für das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

## Nachweise der öffentlichen Fortbildungen in Einzelmittelhomöopathie

(Bitte hier die Fortbildungen auflisten und Kopien der Teilnahmebescheinigungen mit der korrespondierenden Kennung kennzeichnen und beilegen. Qualitätszirkel und Antragsabschnitt siehe nächste Seite.)



Kennung			Unterrichts- stunden (à 45 min.)	davon werden vom Landesver- band anerkannt
<b>FB 1</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 2</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 3</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 4</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 5</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 6</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 7</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 8</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 9</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 10</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 11</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
Summe der Fortbildungsstunden				

Farbig hinterlegte Felder werden vom Landesverband ausgefüllt.

# Homöopathie-Fortbildungsmaßnahmen für das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

## Nachweise der Qualitätszirkel bzw. Arbeitskreise Homöopathie

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

(Bitte hier die Qualitätszirkel und Arbeitskreise auflisten  
und Kopien der Teilnahmebescheinigungen mit der  
korrespondierenden Kennung kennzeichnen und beilegen)



Kennung			Unterrichts- stunden (à 45 min.)	davon werden vom Landesver- band anerkannt
<b>QZ 1</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 2</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 3</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 4</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 5</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
Summe der Qualitätszirkel und Arbeitskreise				

Farbig hinterlegte Felder werden vom Landesverband ausgefüllt.

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

**Ort/Datum/Unterschrift/Praxisstempel**

Ausstellungsdatum des ersten Diploms \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

(Bitte in Blockbuchstaben)

### Vom überprüfenden Landesverband auszufüllen

Prüfender Landesverband: \_\_\_\_\_

Die notwendige Anzahl an Fortbildungsstunden wurde nachgewiesen:  ja  nein

Erneute Ausstellung des Diploms bis \_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel des Prüfers

Name des Prüfers (in Blockbuchstaben)