

Anmeldung zu Kursen des BVhÄ

Fax: 0 30 / 86 20 99 40

Name, Vorname
.....

Anschrift
.....

Telefon / Fax

Mail

Ich nehme vor Ort teil.....ich nehme hybrid teil.....

Kursstufe / Datum **B vom 25.02. bis 01.03.2026** **hybrid**

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

soll vor Kursbeginn durch den BVhÄ von meinem Konto abgebucht werden

Wir weisen darauf hin, dass die einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes (Schweigepflicht, Sozialdatenschutz, Schutz von personenbezogenen Daten) bei Vorstellungen von Behandlungsfällen oder anderweitiger Bekanntgabe von mit Patienten in Verbindung stehenden Informationen unbedingt einzuhalten sind. Mit Ihrer Anmeldung zu der genannten Veranstaltung bestätigen Sie uns, dass Sie zur Kenntnis genommen haben, dass die Verantwortung für die Einhaltung dieser Vorschriften für die von Ihnen im Rahmen dieses Kurses öffentlich gemachten Informationen bei Ihnen liegt.

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

..... Datum

Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname
.....

Freiwillige Angaben:
Facharztausbildung Ja, Gebiet: Nein

jetzige Tätigkeit Klinik Praxis Gebiet

Beschäftigung mit Homöopathie seit.....

Beschäftigung mit dem Repertorium seit.....

Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ Ja, seit..... Nein

ja 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr Nein

Dozent / Schule

Bisher absolvierte Kurse A B C D E F

(Die **A/B/C-Kurse** bauen thematisch aufeinander auf und sind **in dieser Reihenfolge** und noch **vor** den D/E/F-Kursen zu absolvieren.)

Andere Kurse:
Die Zusatzinformationen dienen den Dozenten zur besseren Vorbereitung, um den Wissenstand der Teilnehmer vorher einschätzen zu können und den zu vermittelnden Inhalt besser anpassen.