

Qualitätscheck für ärztliche Fortbildungen



Name der Veranstaltung: _____

VNR-Nr.: _____ Datum: _____

Unsere Veranstaltungen basieren auf der strikten Einhaltung der Qualitätskriterien.
Mit dem Ausfüllen dieser kurzen Checkliste unterstützen Sie unser Qualitätsmanagement.

Wurden folgende Kriterien Ihrer Meinung nach eingehalten?

| | | ✓ |
|--|------------------------------|---|
| Produktneutralität keinerlei Produktwerbung, neutrale Vorträge, keine Produktmaterialien | | |
| Unabhängigkeit, Neutralität, Transparenz, Ausgewogenheit Darstellung verschiedener Therapieoptionen | <input type="checkbox"/> n/a | |
| aktuell, wissenschaftlich fundiert Vermittlung praxisrelevanter Kenntnisse unter Angabe der Quellen. | <input type="checkbox"/> n/a | |
| Evaluierungsmöglichkeit für Teilnehmer | | |
| Zertifizierung durch Ärztekammer | | |

Weitere Anmerkungen:

n/a keine Angabe möglich