



## Offenlegung von Interessenkonflikten Erklärung des Veranstalters

Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner - Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

AKTENZEICHEN: \_\_\_\_\_

Als Veranstalter beantrage ich die Anerkennung der Veranstaltung (Titel)

\_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ in Hamburg.

Die Veranstaltung wird finanziell **nicht** unterstützt.

Die Veranstaltung wird mit \_\_\_\_\_ € finanziell unterstützt.

**Name des Sponsors einschließlich der gewährten Leistungen an den Sponsor:** Wenn der Veranstalter dieser Fortbildung ein Unternehmen der pharmazeutischen Industrie, der Medizinprodukteherstellung oder vergleichbares Unternehmen ist, dann ist der Veranstalter als Sponsor zu verstehen, bzw. ihm gleichgestellt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angaben zu den Veranstaltungskosten in Euro:

Referentenhonorare: \_\_\_\_\_

Reisekosten: \_\_\_\_\_

Übernachtung: \_\_\_\_\_

Bewirtung: \_\_\_\_\_

Raum / Technik: \_\_\_\_\_

Standmiete: \_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSKADEMIE

## Offenlegung von Interessenkonflikten Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

AKTENZEICHEN: \_\_\_\_\_

Für die Veranstaltung (Titel) \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ unterstützt von \_\_\_\_\_

wurde ich als **verantwortliche Ärztin / als verantwortlicher Arzt** benannt.

Ich versichere, kein Honorar für diese Funktion zu beziehen.

### Meine Interessenkonflikte bezogen auf oben genannte Firmen:

Honorar für Vortragstätigkeit / Beratertätigkeit  
(innerhalb der letzten drei Jahre) ja  nein

Übernachtungs- und Reisekosten  
(innerhalb der letzten drei Jahre) ja  nein

Aktien oder finanzielle Beteiligung an o.g. Firmen ja  nein

Forschungs- und Studiengelder  
(innerhalb der letzten drei Jahre) ja  nein

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Als für die wissenschaftliche Leitung des Veranstalters verantwortliche Person versichere ich, dass von Seiten der Sponsoren / Unterstützer / Förderer kein produktbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird und die in dem Kapitel Neutralität und Transparenz der Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer hinterlegten Inhalte zur Fortbildungsgestaltung berücksichtigt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Dieser Bogen ist eine Selbstauskunft und dient der Transparenz im Rahmen von Fortbildung und Sponsoring.



## Offenlegung von Interessenkonflikten Erklärung der/des Referentin/Referenten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

AKTENZEICHEN: \_\_\_\_\_

Für die Veranstaltung (Titel) \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ unterstützt von \_\_\_\_\_

bin ich als **Referentin / Referent** tätig. Den Vertrag über meine Tätigkeit als Referent dieser Veranstaltung habe ich mit \_\_\_\_\_ geschlossen.

Ich versichere,

- meine Beiträge produkt- und firmenneutral zu halten. ja  nein
- Veranstalter wie Sponsor nehmen auf den Inhalt meines Vortrags keinen Einfluss.  
ja (nehmen keinen Einfluss)  nein (nehmen Einfluss)
- gegenüber den Teilnehmern werde ich meine Interessenkonflikte schriftlich offenlegen  
(z.B. auf der ersten Folie) ja  nein

Mein Honorar für die beantragte Veranstaltung beträgt: \_\_\_\_\_ €.

**Innerhalb der letzten drei Jahre habe ich von o.g. Firmen folgende Zuwendung erhalten:**

Honorar für Vortrags- und/oder Beratertätigkeit ja  nein

Übernachtungs- und Reisekosten ja  nein

Aktien oder finanzielle Beteiligung an Firmen ja  nein

Forschungs- und Studiengelder ja  nein

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSKADEMIE

## **Merkblatt für Referenten zur Offenlegung von Interessenkonflikten**

Die Ärztekammer Hamburg ist in der Durchführung und Anerkennung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sachlichkeit und der wissenschaftlichen Unabhängigkeit verpflichtet. Zugleich erkennt sie die Tatsache an, dass in vielen Fällen eine Unterstützung der Industrie zu Fortbildungsveranstaltungen statt findet. Die daraus resultierenden Interaktionen erfordern beim Erbringen von inhaltlichen Beiträgen eine besondere Sorgfalt. Grundsatz ist hier die Transparenz und rückhaltlose Offenlegung von Interessenkonflikten.

Interessenkonflikt kann als eine Situation verstanden werden, in der das Risiko besteht, dass sekundäre Interessen persönlicher Art die primären Interessen, also die eigentlichen Ziele ärztlicher oder wissenschaftlicher Tätigkeit gefährden.

Es geht im guten Sinn um eine Information der Zuhörerschaft und nicht um eine Verurteilung oder Ausgrenzung von Verbindungen zu kommerziellen Firmen. Oberstes Prinzip ist es, dem Zuhörer die Möglichkeit zu geben, sich ein vollständiges und eigenes Bild zu machen.

Die Offenlegung von Interessenkonflikten in schriftlicher Form dient der Transparenz und zur Beurteilung der Anerkennungsfähigkeit einer Veranstaltung.

Den Teilnehmenden gegenüber erwarten wir die Offenlegung der Interessenkonflikte gemäß § 8 Abs. 3 der Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 02.12.2013. Es besteht die Möglichkeit am Vortragsanfang ausreichend lange auf der ersten Folie der Präsentation Interessenkonflikte anzuzeigen oder den Teilnehmenden ein Handout mit den Interessenkonflikten auszuteilen.