

An die
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. - DAIG
 Geschäftsstelle
 Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg - ICH
 Grindelallee 35
 20146 Hamburg
 Tel: 0160/90 28 92 85
 Fax: 040/28 40 73-73
 E-Mail: daig@daignet.de

Absender:

Antrag auf Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung durch die DAIG*

Titel:

Ort, Datum:

1. An wen richtet sich die Veranstaltung?

- Ärzte in der Primärversorgung
 Hausärzte
 Infektiologen
 andere, welche?

2. Wer leitet die Veranstaltung?

3. Wieviele Teilnehmer erwarten Sie?

4. Wer vertritt die Kompetenz in Bezug auf die HIV-Infektion/-Therapie in der Programmgestaltung?

5. Wie wird die Veranstaltung finanziert?

- Sponsoren:
- Teilnehmerbeiträge:
- andere, welche?

6. Was soll vermittelt werden?

- Grundlagenwissen
 Klinische Kenntnisse
 Anderes

7. Gibt es Vorgaben an die Referenten in Bezug auf

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------------|-------|
| Evidenzniveau? | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche? | |
| Leitlinienbezug? | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche? | |
| Aktualität der Literatur? | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche? | |

8. Werden für die einzelnen Beiträge schriftlich formulierte Lernziele angegeben?

- Nein Ja, welche?

(ggf. Fragebogen mitsenden)

*Dieses Formular kann am Computer ausgefüllt und per Email oder Fax eingereicht werden. Alternativ drucken Sie dieses Formular bitte aus, füllen es handschriftlich aus und senden es per Fax. Bitte die erforderlichen Anlagen jeweils nicht vergessen.

9. Ist durch die Veranstaltungsorganisation und die Referenten Firmen- oder Produktneutralität gewährleistet?
 Ja Nein
10. Wie lange dauert die Veranstaltung (in Stunden)?
11. Wie viele Veranstaltungsteile (Vorträge, Kurse etc.) werden präsentiert (Programm bitte beilegen)?

12. In welcher Form wird die Veranstaltung durchgeführt?
 Vorträge Kurse Praktika andere, welche?
13. Werden die Teilnehmer aktiv beteiligt?
 Nein
 Ja, durch Diskussion interaktive Abfrage Arbeitsgruppen anderes
14. Sind Patienten beteiligt?
 Nein
 Ja, als Vortragende zur Demonstration sonstiges
15. Werden Informationen als „Take-home-message“ zur Verfügung gestellt?
 Nein
 Ja, als als Abstract als Script auf CD andere Infos, welche?

16. Gibt es eine Prüfung des Gelernten?
 Nein
 Ja, in Form von TED Fragebogen (bitte beifügen)
17. Findet eine Evaluation der Veranstaltung statt?
 Nein
 Ja. In welcher Form?
18. Gibt es ein Feed-back an Referenten und Veranstalter?
 Nein
 Ja. In welcher Form? (ggf. Fragebogen mitsenden)
19. Werden die Ergebnisse veröffentlicht?
 Nein
 Ja. In welcher Form?
20. Ist neben der Beurteilung durch die Deutsche AIDS-Gesellschaft auch die Beantragung der Zertifizierung bei der zuständigen Landesärztekammer beabsichtigt?
 Ja
 Nein
 Bereits erfolgt

 (Ort, Datum)

 (Name, Unterschrift)

Anlagen

- Programm (-entwurf)
 Lernerfolgskontrolle
 Evaluationsbogen