

# CME-ZERTIFIZIERTE FORTBILDUNG

## ZEITBILD MEDICAL

### „GEWALT GEGEN FRAUEN: ERKENNEN UND HELFEN“

#### TEILNAHMEFORMULAR

- Das vorliegende Zeitbild MEDICAL ist durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) CME-zertifiziert. Erworbene CME-Punkte werden von anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt.
- Für die richtige Beantwortung von mindestens sieben der zehn Fragen im beiliegenden Fragebogen erhalten Sie einen CME-Punkt. Nutzen Sie zur Beantwortung der Fragen die Ärztemappe sowie die darin mithilfe von Augmented Reality (AR) verlinkten weiteren Informationen zum Thema (Anleitung zur AR-Nutzung in der Mappe).
- Tragen Sie Ihre Antworten unten ein und reichen Sie dieses Teilnahmeformular vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei der Zeitbild-Stiftung ein. Ihnen wird zeitnah eine Teilnahmebescheinigung zugesendet. Damit können Sie den Fortbildungspunkt Ihrem Konto gutschreiben lassen.

#### RÜCKSENDUNG BIS 15.02.2024:

- per Post: Zeitbild-Stiftung, Rumfordstraße 9, 80469 München
- E-Mail: [info@zeitbild-stiftung.de](mailto:info@zeitbild-stiftung.de) oder
- Fax: (089) 26 82 79

#### ANGABEN ZUR PERSON

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

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

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift:  privat  dienstlich

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

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN): \_\_\_\_\_

#### ANTWORTEN

Bitte kreuzen Sie hier die richtigen Antworten zum beigefügten Fragebogen an.  
Es ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit richtig.

1	a	b	c	d	e
2	a	b	c	d	e
3	a	b	c	d	e
4	a	b	c	d	e
5	a	b	c	d	e
6	a	b	c	d	e
7	a	b	c	d	e
8	a	b	c	d	e
9	a	b	c	d	e
10	a	b	c	d	e

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ihre Daten werden ausschließlich für die Erstellung des Teilnahmezertifikats und die Anerkennung der CME-Fortbildungspunkte genutzt. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Nutzung zu.