

Dr. med. Lia Pauscher  
Institut für Allgemeinmedizin  
Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen  
E-Mail: [weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)  
Fax: 069-6301-6014

**Anmeldung zum Train the Trainer (TTT) Aufbau-Seminar für Weiterbilder/innen der Allgemeinmedizin in Hessen am 23.-24. Oktober 2020**

**Titel, Vorname, Name**

**Geburtsdatum**

**Anschrift**

**Telefon / Fax**

**E-Mail-Adresse**

**LANR**

**Hiermit melde ich mich verbindlich für das Aufbau-TTT-Seminar am 23.-24.10.2020 an.**

Das Seminar findet im Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg/ Hessen statt. Es startet freitags um 16 Uhr und endet samstags um ca. 16:30 Uhr. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, die Plätze werden nach Eingang der Anmeldungen vergeben.

**Übernachtung**            Ich benötige ein Zimmer (Vollpensionspauschale\*)  
                                 Ich benötige **kein** Zimmer (Verpflegungspauschale\*\*)

\*es fällt die Vollpensionspauschale von ca. 110 Euro pro Person im Einzelzimmer inkl. Frühstück, Mittag- und Abendessen sowie Zwischensnacks an, die im Seminarhotel selbst übernommen werden muss.

\*\*es fällt die Verpflegungspauschale von ca. 55 Euro pro Person für Mittag- und Abendessen sowie Zwischensnacks an, die im Seminarhotel selbst übernommen werden muss.

Die Kursgebühren übernimmt das Kompetenzzentrum.

**Ich habe Interesse an einer Fahrgemeinschaft** (in diesem Fall geben wir Ihre Kontaktdaten ggf. an andere Teilnehmer/innen aus derselben Region weiter)

**Ich bin damit einverstanden, dass ich / meine Praxis nach Teilnahme am TTT-Seminar auf der Homepage des KW Hessen mit Name und Ort aufgeführt wird**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich auch mit der untenstehenden Einwilligung zur Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden.

**Datum / Unterschrift**

## Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Ich willige gegenüber dem Kompetenzzentrum Weiterbildung (KW) Hessen, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt ein, dass zum Zwecke der Durchführung der Förderung und damit des Mittelverwendungsnachweises sowie der Evaluation der Maßnahmen meine personenbezogenen Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen insbesondere nach § 67b SGB X im Kompetenzzentrum gespeichert und zwischen den im Folgenden genannten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden.

Im Rahmen des Mittelverwendungsnachweises sowie der Evaluation werden die nachfolgend genannten Daten vom KW erhoben und an die Gemeinsame Einrichtung (GE) (gegenwärtig werden diese Aufgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wahrgenommen) nach § 12 der Anlage IV der Fördervereinbarung übermittelt, die diese Daten zusammenführt und der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen, dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet.

Die KBV erhält die nachfolgenden Daten in der Funktion des Gesamtevaluators (§ 6 Abs. 6 der Anlage III der Fördervereinbarung gemäß § 75a SGB V). Dabei handelt es sich um nachfolgende Daten:

- a. Familienname, Vorname, Titel, Geburtsdatum
- b. LANR-Nummer
- c. Datum, Umfang und Ort der besuchten T-t-T-Fortbildung.

Die Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Vereinbarung erhält und analysiert zusammengefasste Auswertungen der personenbezogenen Daten. Ihr gehören an: die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Der PKV-Verband und die Bundesärztekammer sind an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Die „Information zur Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung im Rahmen der Teilnahme an den Train-the-Trainer-Angeboten der KW gemäß § 75a SGB V“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass das KW die oben genannten Daten an die GE und die genannten Institutionen übermittelt und diese durch die genannten Institutionen verarbeitet werden. Die Speicherung meiner Daten kann bis zu fünf Jahre nach Teilnahme am KW-Angebot andauern.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die Daten der von mir im Rahmen des TTT-Seminars ausgefüllten Evaluationsbögen zur Optimierung des Angebots genutzt und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Zudem willige ich ein zukünftig zur Entwicklung weiterer Angebote für Weiterbilder/innen per E-Mail kontaktiert zu werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber dem KW jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt gegenüber dem

**Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen**

Institut für Allgemeinmedizin, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Fax.: 069-6301-6014, E-Mail: [weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de).

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für die Evaluationszwecke, die den Zeitraum vor dem Widerruf betreffen, weiterhin zur Verfügung.