

**Rücksendung:**

Fax: 0511/380-2115

E-Mail: [zvm@aekn.de](mailto:zvm@aekn.de)

## Anmeldung zur Erstsckulung

### Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Aspekte für Arztpraxen (MIMA)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Erstsckulung bei der Ärztekammer Niedersachsens, Sachgebiet Ärztliche Fortbildung, zur BuS-Betreuung (MIMA) nach dem „Unternehmermodell“ mit 1 bis 50 Beschäftigten an.

**Termine 2024** - Bitte ankreuzen:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 17.01. abgesagt       | <input type="checkbox"/> 07.02. Hannover       | <input type="checkbox"/> 21.02. ausgebucht |
| <input type="checkbox"/> 08.03. Hannover       | <input type="checkbox"/> 09.03. Online-Seminar | <input type="checkbox"/> 19.04. Bremen     |
| <input type="checkbox"/> 26.04. Online-Seminar |  |  |

**Kurszeiten: Mi oder Fr je 14.00 - 19.00 Uhr, Sa 11 – 16 Uhr**  
**Die Kursgebühr beträgt € 230, 00**

#### Meine Daten:

\*Praxis/Betriebsstätte: \_\_\_\_\_

\*Titel: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name **Praxisinhaber/In** / Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

\*Name **Teilnehmer/In**: \_\_\_\_\_ **Barcode/EFN**: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Das Unternehmen erklärt seine Teilnahme an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung bei der Ärztekammer und erklärt mit der Unterschrift dieser Teilnahmevereinbarung, dass die Ärztekammer die Betreuungsform inkl. aller Änderungen und der Schulungsereignisse an die BGW meldet.

Ansprechpartner für die bedarfsorientierte Betreuung ist die Ärztekammer. Bei Bedarf vereinbart das Unternehmen eine Beratung und/oder Betreuung durch die mit der Ärztekammer kooperierenden Betriebsärzte oder Sicherheitsfachkräfte. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist ggf. zusätzlich zu vereinbaren und der/ die betreuende Betriebsarzt/-ärztin ist den Beschäftigten zu nennen. Die Kosten für die Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Betriebsarzt/-ärztin entstehen dementsprechend bei Bedarf.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung meiner obigen Angaben (\*Name der Betriebsstätte, \*Name des Unternehmers, \*Name des Teilnehmers \*Adresse, \*BGW-Nummer) an die zuständige

