Kassenärztliche Vereinigung XXXX

Abteilung Fortbildungsverpflichtung

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Datum

**Betreff:** Anerkennung meiner Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung am Datum in Ort im Rahmen der „Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach Paragraf 95d SGB V“

Sehr geehrte Damen und Herrn,

ich habe an der oben genannten Fortbildung teilgenommen. Die für mich zuständige Landesärztekammer hat dieser Fortbildung die oben genannte Anerkennung mit der Begründung verweigert, dass sie nicht frei von wirtschaftlichen Interessen gewesen sei.

Eine solche Abhängigkeit war mir bei der Teilnahme weder bewusst, noch konnte ich Merkmale erkennen, die dies bestätigt haben. In der Anlage überreiche ich Ihnen deshalb die Unterlagen aus der Veranstaltung, aus denen ersichtlich ist, dass ich die inhaltlichen Auflagen zur Fortbildungspflicht des Paragraf 95d SGB V erfüllt habe.

Ich bitte deshalb um Anrechnung dieser Fortbildung auf meinem Fortbildungskonto mit XX Punkten. Bitte bestätigen Sie mir die Anrechnung kurz schriftlich.

Freundliche Grüße

Ort/Datum/Unterschrift