



**Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein**

**Laufbahnhilfen**

**Frau Melanie Rosenbaum**

**Gieschenhagen 4b, 23795 Bad Segeberg**

**Telefon: 04551/8937233**

**Fax: 04551/8937239**

**E-Mail: [laufbahnhilfen@q-institut-sh.de](mailto:laufbahnhilfen@q-institut-sh.de)**

**Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an dem  
Vermittlungsangebot von Weiterbildungsstellen zwischen Ärztinnen und Ärzten (m/w/d)  
und Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein die unten genannten Daten im Sinne einer Vermittlung von Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte (m/w/d) übermittelt und diese für den Zeitraum der Weiterbildung speichert und für statistische Auswertungen dokumentiert.

- Name der Weiterbildungsstätte und Ansprechpartner für ärztliche Weiterbildung
- Anschrift, Rufnummer, Fax Nr. , Mail Adresse, Webseite
- Fachgebiete der Weiterbildung

Ich/Wir bestätige/n in Besitz einer Weiterbildungsbefugnis der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu sein.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber dem Institut jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt schriftlich gegenüber dem Institut für ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein gGmbH, Gieschenhagen 4b, 23795 Bad Segeberg. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten stehen für statistische Auswertungen weiterhin zur Verfügung.

--	--

Ort, Datum

Verantwortlicher für Weiterbildung (Name in Druckbuchstaben)

---

Unterschrift /Stempel



Institutionsname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Kreis:

Rufnummer:

Fax Nummer:

Mail:

Webseite:

Ansprechpartner für ärztliche Weiterbildung:

Für welche(s) Fachgebiet(e) bieten Sie Weiterbildung an:

Bemerkungen: