

Erklärung

Die Erklärung betrifft finanzielle und kommerzielle (materielle) sowie psychologische und soziale (immaterielle) Aspekte sowie Interessen des/der Unterzeichnenden innerhalb der **letzten 3 Jahre**.

Bitte machen Sie **konkrete Angaben zu folgenden Punkten**:

1. Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

2. Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

3. Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

4. Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

5. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

6. Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

7. Mitglied / Mandatsträger von in Zusammenhang mit der Entwicklung der Fortbildungstexte relevanten Organisationen (z.B. Fachgesellschaften/Berufsverbänden)

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

Mitglied: - Degim
- Bundesverband Hausärztlicher Internisten
- Vorstandsmitglied in ~~Ber~~ VBHI
Bertr Verband Berliner Hausarztärzte
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

8. Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten

Nein
 Ja

Falls ja, bitte konkrete Angabe:

9. Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre

Selbstständig

Bewertung

Ergeben sich aus allen oben angeführten Punkten nach Ihrer Meinung für Sie oder das ganze Fortbildungsprojekt bedeutsame Interessenkonflikte?

Nein
 Ja

Berlin 19.8.19

Ort, Datum

DR. KAI SCHORN

Name (bitte Druckschrift)



Unterschrift

Adresse (Einrichtung, Straße, Ort, E-Mailadresse)

Dr. med. Burkhard Sehlisch
Dr. med. Kai Schorn
Fachärzte für Innere Medizin
- Hausärztliche Versorgung -
Dahlmannstraße 7, 10629 Berlin
72 20329 Tel. 030/319 806 410
Fax 030/319 806 439