

Damit wir Sie wieder korrekt in der CRM Internetliste führen können, bitten wir Sie, dieses Formular und die Teilnahmebescheinigung Ihres zuletzt besuchten Refresherseminars an unsere **Faxnummer: 0211 / 904 29-98** zu senden.

1. Allgemeine Daten

Titel/Facharzt-/Zusatzbezeichnungen

Name, Vorname

Praxis-/Dienststellenanschrift:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon Telefax

E-Mail Adresse

Homepage

ggf. Dienststelle (z.B. Gesundheitsamt, betriebsärztl. Dienst)

2. Reisemedizinische Daten

Besuch des letzten Refresherseminars (8 Unterrichtsstunden lt. Curriculum):

(Bitte senden Sie uns die Teilnahmebescheinigung per Fax)

_____/_____
Monat Jahr

Besondere Ermächtigungen/Zulassungen (Bitte senden Sie uns das Zulassungsschreiben per Fax)

Zulassung zur Gelbfieberimpfung

Angaben zu Sprechstunden

Normale Sprechstunde

Wochentag	von – bis	von – bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Normale Sprechstunde nur nach Vereinbarung

Sondersprechstunde Reisemedizin

Wochentag	von – bis	von – bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Sondersprechstunde nur nach Vereinbarung

Wir bieten keine reisemedizinische Gesundheitsberatung mehr an.

Ich versichere, dass ich die obigen Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Änderungen werde ich dem CRM schriftlich mitteilen.
Zum Nachweis von künftig im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung absolvierten Auffrischungseminaren, die nicht vom CRM durchgeführt wurden, werde ich Teilnahmebescheinigungen unaufgefordert vorlegen.
Mir ist bekannt, dass ich aus der Liste gestrichen werde, wenn ich meiner Fortbildungsverpflichtung nicht nachkomme.

X _____
Datum / Unterschrift