

Hinweis: Die erfassten Daten werden in eine Excel-Tabelle übertragen und an die AEM übermittelt. Das ausgefüllte Formular verbleibt bei der Institution, die den Sammelantrag stellt.

<i>Name, Vorname, ggf. Titel*</i>	
<i>Geburtsdatum und Ort*</i>	
<i>Anschrift, an die das Zertifikat zuge- schickt werden soll</i>	
<i>E-Mail für Rückfragen</i>	

* Diese Angaben erscheinen auf dem Zertifikat.

Ich bin Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin: Ja Nein
(freiwillige Angabe für statistische Zwecke)

Ich arbeite zurzeit schwerpunktmäßig in folgendem Bereich:
(freiwillige Angabe für statistische Zwecke, Mehrfachnennung möglich)

- Medizin Pflege Seelsorge Psychosozialer Bereich
 Ethik Recht Sonstiges: _____

Ich beantrage die Zertifizierung als:

- Ethikberater*in im Gesundheitswesen (Kompetenzstufe 1)
→ **Antrag K1**
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich als aktiv tätige*r Ethikberater*in an Fortbildungen oder wissenschaftlichen Veranstaltungen zum Thema Ethik und Ethikberatung im Gesundheitswesen im Umfang von insgesamt mind. 4 Lehreinheiten à 45 Min. pro Jahr teilnehmen werde.
- Koordinator*in für Ethikberatung im Gesundheitswesen (Kompetenzstufe 2)
→ **Antrag K2**
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich als aktiv tätige*r Koordinator*in für Ethikberatung an Fortbildungen oder wissenschaftlichen Veranstaltungen zum Thema Ethik und Ethikberatung im Gesundheitswesen im Umfang von insgesamt mind. 8 Lehreinheiten à 45 Min. pro Jahr teilnehmen werde.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) weitergeleitet und zum Zweck der Zertifizierung verarbeitet werden.
- Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.
(https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Mitglieder/AEM_Informationspflicht.pdf)

Datum

Unterschrift