Anmeldung zu Kursen des BVhÄ **Fax: 0 30 / 86 20 99 40**

Name, Vorname.....

Anschrift.....

Telefon / Fax.....

Mail……..

Kursstufe / Datum **D vom 10. – 14. September 2025 HYBRID** in Berlin

Die Kursgebühr von
☐ **€ 470,00** (Mitglied DZVhÄ) ☐ **€ 530,00** (Nichtmitglied)
☐ soll vor Kursbeginn durch den BVhÄ von meinem Konto abgebucht werden

Mitglied DZVhÄ Landesverband:……

IBAN																						

Wir weisen darauf hin, dass die einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes (Schweigepflicht, Sozialdatenschutz, Schutz von personenbezogenen Daten) bei Vorstellungen von Behandlungsfällen oder anderweitiger Bekanntgabe von mit Patient:innen in Verbindung stehenden Informationen unbedingt einzuhalten sind. Mit Ihrer Anmeldung zu der genannten Veranstaltung bestätigen Sie uns, dass Sie zur Kenntnis genommen haben, dass die Verantwortung für die Einhaltung dieser Vorschriften für die von Ihnen im Rahmen dieses Kurses öffentlich gemachten Informationen bei Ihnen liegt.

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

....
Datum Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname.....

Freiwillige Angaben:
Facharztausbildung ☐ Ja, Gebiet:..... ☐ Nein

jetzige Tätigkeit ☐ Klinik ☐ Praxis ☐ Gebiet

Beschäftigung mit Homöopathie seit: .....

Beschäftigung mit dem Repertorium seit: .....

Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ ☐ Ja, seit ..... ☐ Nein

Dreijahreskurs ☐ ja, ☐ 1. Jahr ☐ 2. Jahr ☐ 3. Jahr ☐ Nein

Dozent / Schule ……

Bisher absolvierte Kurse A B C D E F

(Die **A/B/C-Kurse** bauen thematisch aufeinander auf und sind **in dieser Reihenfolge** und noch **vor** den D/E/F-Kursen zu absolvieren.)

Andere Kurse: .....
Die Zusatzinformationen dienen den Dozent:innen zur besseren Vorbereitung, um den Wissensstand der Teilnehmer:innen vorher einschätzen zu können und den zu vermittelnden Inhalt besser anzupassen.