

# Antrag auf erneute Ausstellung des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ und des ECH



## An den zuständigen Landesverband des DZVhÄ

(Alle Adressen am Ende dieses Formulars)

### Angaben zur Person

Anrede/Titel	Vorname	Nachname
Straße		PLZ, Ort
Telefon	Telefax	Facharztbezeichnung
E-Mail		Geburtsdatum
DZVhÄ-Mitglied <input type="radio"/> Ja im Landesverband <input type="radio"/> Nein		

Einheitliche Fortbildungsnummer EFN (Rückseite des Arztausweis)

Nur für DZVhÄ-Mitglieder, wenn die Einrichtung eines elektronischen Diplompunktekontos gewünscht ist.

### Angaben zur Erfüllung der Homöopathie-Diplom-Voraussetzungen

Erstmalige Verleihung des Homöopathie-Diploms des DZVhÄ: \_\_\_\_\_

Ich verfüge weiterhin über die besonderen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen gemäß § 3 Abs. 2 lit. a) oder lit. b) und S. 2 der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ. Entsprechende Nachweise habe ich bereits mit dem Antrag auf Verleihung des Diploms eingereicht und ich bestätige, dass insofern überreichte Belege weiterhin gültig sind.

Ich bestätige, dass ich in den letzten fünf Jahren mindestens 100 Fortbildungspunkte (1 Fortbildungspunkt entspricht einer Unterrichtsstunde à 45 Minuten) nach der Fortbildungsanerkenntnisrichtlinie des DZVhÄ (Anhang 4) gesammelt habe und füge geeignete Nachweise über meine Teilnahme an vom DZVhÄ anerkannten Fortbildungen und die gesammelten Fortbildungspunkte im Umfang der erforderlichen Gesamtpunktzahl zur Überprüfung bei. Dazu habe ich die beigefügten Nachweisformulare ausgefüllt.

### Ich erkläre darüber hinausgehend,

- dass ich die Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ samt sämtlicher Anhänge zur Kenntnis genommen habe und mit ihrer Geltung in der jeweils gültigen Fassung einverstanden bin; und
- dass ich mir bewusst bin, dass mir das Diplom im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen gemäß § 8 der Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ auch wieder entzogen werden kann; und
- dass ich mir bewusst bin, dass die (erneute) Ausstellung des Homöopathie-Diploms kostenpflichtig ist; und
- dass ich zur Kenntnis nehme, dass der zuständige DZVhÄ-Landesverband neben den mit diesem Antrag in Zusammenhang stehenden Daten sowie Unterlagen nur noch diejenigen Daten und Unterlagen archiviert, welche für den zuletzt vorausgehenden Ausstellungszeitraum des Homöopathie-Diploms erhoben wurden; und
- dass mir bewusst ist, dass eine nicht formgemäße oder unvollständige Antragstellung zu einer erheblichen Verlängerung der Bearbeitungszeit führen kann und die erneute Ausstellung meines Diploms unter Umständen erst nach dem Ablauf des vorangehenden Diploms verfolgt wird. Erhöhte Aufwände, die mit der Bearbeitung eines nicht formgemäßen oder unvollständigen Antrags verbunden sind, können mir zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Mein Antrag soll spätestens acht Wochen vor Auslaufen des laufenden Diploms dem zuständigen Landesverband vorliegen. Die nicht rechtzeitige Beantragung der Neuausstellung meines Diploms kann dazu führen, dass das neue Diplom aufgrund der benötigten Bearbeitungszeit nicht im direkten zeitlichen Anschluss ausgestellt werden kann.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

# Homöopathie- Diplom

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte  
- Homöopathie-Diplom -  
Binzstr. 51  
13189 Berlin

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Zusammenhang mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten sowie eingereichten Unterlagen von dem zuständigen DZVhÄ-Landesverband zum Zweck der Verleihung des Homöopathie-Diploms im Auftrag und nach den Richtlinien des DZVhÄ e.V. (Qualitätsrichtlinie zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ einschließlich sämtlicher Anhänge) verarbeitet und genutzt werden, d.h. insbesondere
- zur Verleihung des von mir beantragten Homöopathie-Diploms sowie
  - zur fortlaufenden Überprüfung der Berechtigung zur Führung des Homöopathie-Diploms.

*Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in einer gemeinsamen Datenbank der Landesverbände des DZVhÄ, des DZVhÄ und der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH. Der Schutz Ihrer Daten ist in einem den Anforderungen der DSGVO entsprechenden Vertrag zur gemeinsamen Verantwortlichkeit zwischen diesen Organisationen geregelt (siehe die beiliegende Information zum Datenschutz).*

2. Ich bin damit einverstanden, unter der von mir angegebenen Postanschrift Fortbildungsangebote, Veranstaltungseinladungen und berufspolitische Informationen zu erhalten.

Hierzu können Sie mich auch per E-Mail kontaktieren. (Bitte ankreuzen, falls gewünscht.)

3. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine mit diesem Antrag erhobenen Daten zur Veröffentlichung des erteilten Qualifikationsmerkmals einschließlich Vorname, Name, BSNR, LANR, Praxisanschrift und Telefonnummer (alle Daten nur, soweit von mir angegeben) in Verzeichnissen und Medien des DZVhÄ e.V., z. B. der elektronischen Arztsuche im Webangebot des DZVhÄ e.V. sowie zur Weitergabe dieser Daten an Kostenträger zur ausschließlichen Verwendung im Rahmen von Arztempfehlungen und/oder zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit bestimmter homöopathisch-ärztlicher Leistungen genutzt werden.

4. Ich bin berechtigt, diese Einwilligungen gegenüber dem DZVhÄ e.V., per Post oder E-Mail (aktuelle Kontaktdaten unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) abrufbar), ganz oder teilweise jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf kann alternativ auch gegenüber der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH, Postanschrift der Geschäftsstelle (aktuelle Kontaktdaten unter [www.mgl-gesund.de](http://www.mgl-gesund.de) abrufbar), oder gegenüber den Landesverbänden des DZVhÄ e.V., Postanschrift der jeweiligen Geschäftsstelle (aktuelle Kontaktdaten unter [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) abrufbar), erklärt werden. Mir ist bekannt, dass die bis zum Eingang des Widerrufs auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt.

Mir ist bewusst, dass ich bei einem Widerruf der unter Ziffer 1 erteilten Einwilligung ein erteiltes Homöopathie-Diplom nicht mehr führen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

## Information zum Datenschutz – Homöopathie-Diplom

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben, speichern, verarbeiten und weiterleiten. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Ihre bei uns erfassten Daten und den Datenschutz haben.

### 1. EMPFÄNGER\*INNEN IHRER DATEN

Ihre Daten werden im Rahmen der Erteilung und Verwaltung Ihres Homöopathie-Diploms vom DZVhÄ-Bundesverband, den DZVhÄ-Landesverbänden sowie der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH genutzt und von ihnen in einer zentralen Diplomdatenbank verarbeitet. Die Verarbeitung und der Schutz Ihrer Daten ist zwischen diesen Organisationen entsprechend den Vorgaben der DSGVO vertraglich als gemeinsame Verantwortlichkeit (DSGVO Art. 26) und Auftragsverarbeitung (DSGVO Art. 28) geregelt.

### 2. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt zur Verwaltung Ihres Homöopathie-Diploms. Die Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der gemeinsamen Verantwortlichkeit durch den DZVhÄ, die Landesverbände des DZVhÄ und die MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH erfolgt aufgrund des berechtigten Interesses der beteiligten Organisationen an einer effizienten und wirtschaftlichen Diplomverwaltung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. f). Grundlage dieser Verarbeitung ist Ihre Einwilligung (DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a).

### 3. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer für die Erteilung des Homöopathie-Diploms benötigten Daten sind der für Sie zuständige Landesverband und im Rahmen der gemeinsamen Verantwortlichkeit auch die anderen Landesverbände des DZVhÄ, die MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH und der DZVhÄ selbst. Wir haben in einer Vereinbarung über die gemeinsame Verantwortlichkeit nach Artikel 26 DSGVO festgelegt, wie die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausgestaltet sind und wie die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen erfüllt werden. Ein Inhalt dieser Vereinbarung ist der Betrieb einer gemeinsamen Datenbank zur umfänglichen Betreuung der Homöopathie-Diplome durch den DZVhÄ, alle Landesverbände und die MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung oder bei der Wahrnehmung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte in erster Linie an Ihren Landesverband. Sie können sich aber auch an den DZVhÄ oder an eine andere der genannten Organisationen wenden. Die Adresse Ihres Landesverbandes und der anderen Organisationen finden Sie in der Adressliste im Anhang.

Den DZVhÄ erreichen unter:

Binzstr. 51  
13189 Berlin  
Telefon: (030) 325 9734 0

Den Datenschutzbeauftragten des DZVhÄ erreichen Sie unter:

Dipl.-Ing. Ulrich Meyer-Ciolek  
Schwalbenstr. 13, 22305 Hamburg  
Fax: 040 671 07 621  
E-Mail: datenschutz@dzvhae.de

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die Verantwortlichen bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Verwaltung Ihres Homöopathie-Diploms notwendig und zur Erfüllung rechtlicher Aufbewahrungsfristen erforderlich ist.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten für die Zukunft zu widersprechen und die uns erteilte Einwilligung zu widerrufen. Sofern Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, werden wir die Verarbeitung Ihrer Daten einstellen, es sei denn, rechtliche Vorschriften stehen dem entgegen oder wir können - gemäß den gesetzlichen Vorgaben - zwingende schutzwürdige Gründe für die Weiterverarbeitung nachweisen, welche Ihre Rechte überwiegen.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.  
Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie

das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sie haben ferner das Recht, sich bei einer der Aufsichtsbehörden für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Dies kann z. B. bei der für den DZVhÄ e.V. zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgen:

Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt  
Herr Dr. von Bose  
Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg  
Telefon 0391 -81803-0, Telefax 0391 -81803-33  
E-Mail: [poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de)

Weitere Kontaktdaten finden Sie auf der Webseite <https://datenschutz.sachsen-anhalt.de>

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Landesverband des DZVhÄ

## Verbände und Organisationen des DZVhÄ

### **Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ)**

Binzstr. 51, 13189 Berlin  
[datenschutz@dzvhae.de](mailto:datenschutz@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärztinnen und Ärzte Baden-Württemberg e.V.**

Pfarrgasse 7, 88499 Altheim  
[datenschutz.bawue@dzvhae.de](mailto:datenschutz.bawue@dzvhae.de)

### **Berliner Verein homöopathischer Ärzte e.V.**

Nassauische Str. 2, 10717 Berlin  
[datenschutz.bb@dzvhae.de](mailto:datenschutz.bb@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Bayern e.V.**

Ringseisstr. 2a, 80337 München  
[datenschutz.by@dzvhae.de](mailto:datenschutz.by@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland e.V.**

Alter Kirchhainer Weg 5, 35039 Marburg  
[datenschutz.hrps@dzvhae.de](mailto:datenschutz.hrps@dzvhae.de)

### **DZVhÄ Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

Markt 25, 17489 Greifswald  
[datenschutz.mv@dzvhae.de](mailto:datenschutz.mv@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärzte Niedersachsen und Bremen e.V.**

Feuerbachstr. 6, 38106 Braunschweig  
[datenschutz.ndsb@dzvhae.de](mailto:datenschutz.ndsb@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathischer Ärzte Nordrhein-Westfalen e.V.**

Honschaftsstr. 296, 51061 Köln  
[datenschutz.nrw@dzvhae.de](mailto:datenschutz.nrw@dzvhae.de)

### **Gesellschaft homöopathischer Ärzte in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.**

Kochstr. 50, 04275 Leipzig  
[datenschutz.sachsen@dzvhae.de](mailto:datenschutz.sachsen@dzvhae.de)

### **Gesellschaft homöopathischer Ärzte in Schleswig-Holstein und Hamburg e.V.**

Dankwartsgrube 58, 23552 Lübeck  
[datenschutz.shh@dzvhae.de](mailto:datenschutz.shh@dzvhae.de)

### **Berufsverband homöopathisch arbeitender Ärzte und Apotheker Thüringen e.V.**

Wilhelm-Külz-Str. 43, 99423 Weimar  
[datenschutz.th@dzvhae.de](mailto:datenschutz.th@dzvhae.de)

### **MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH**

Binzstr. 51, 13189 Berlin  
[datenschutz@mgl-gesund.de](mailto:datenschutz@mgl-gesund.de)

# Homöopathie-Fortbildungsmaßnahmen für das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

## Nachweise der öffentlichen Fortbildungen in Einzelmittelhomöopathie

(Bitte hier die Fortbildungen auflisten und Kopien der Teilnahmebescheinigungen mit der korrespondierenden Kennung kennzeichnen und beilegen. Qualitätszirkel und Antragsabschnitt siehe nächste Seite.)



Kennung			Unterrichts- stunden (à 45 min.)	davon werden vom Landesver- band anerkannt
<b>FB 1</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 2</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 3</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 4</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 5</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 6</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 7</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 8</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 9</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 10</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
<b>FB 11</b>	Datum	Ort		
	Fortbildungsveranstalter			
Summe der Fortbildungsstunden				

Farbig hinterlegte Felder werden vom Landesverband ausgefüllt.

# Homöopathie-Fortbildungsmaßnahmen für das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ

## Nachweise der Qualitätszirkel bzw. Arbeitskreise Homöopathie

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

(Bitte hier die Qualitätszirkel und Arbeitskreise auflisten  
und Kopien der Teilnahmebescheinigungen mit der  
korrespondierenden Kennung kennzeichnen und beilegen)



Kennung			Unterrichts- stunden (à 45 min.)	davon werden vom Landesver- band anerkannt
<b>QZ 1</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 2</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 3</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 4</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
<b>QZ 5</b>	Datum	Ort		
	Moderator			
Summe der Qualitätszirkel und Arbeitskreise				

Farbig hinterlegte Felder werden vom Landesverband ausgefüllt.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

**Ort/Datum/Unterschrift/Praxisstempel**

Ausstellungsdatum des ersten Diploms \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

(Bitte in Blockbuchstaben)

### Vom überprüfenden Landesverband auszufüllen

Prüfender Landesverband: \_\_\_\_\_

Die notwendige Anzahl an Fortbildungsstunden wurde nachgewiesen:  ja  nein

Erneute Ausstellung des Diploms bis \_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel des Prüfers

Name des Prüfers (in Blockbuchstaben)