



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
ganz herzlich dürfen wir Sie zu unserer Fortbildungsveranstaltung  
in Bad Salzuflen einladen.

## Neue Leitlinien zur *Helicobacter-pylori*-Infektion: Was ändert sich in der Diagnostik und Therapie?

**Mittwoch, 9. März 2016**

Labor Krone · Siemensstraße 40 · 32105 Bad Salzuflen  
Seminarraum UG/Raum 03

Die Teilnahme ist kostenfrei. Die Zertifizierung der Fortbildung  
ist bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt.

### Programm

- ab 17.00 Uhr **Empfang und Registrierung der Teilnehmer**  
*Bitte bringen Sie Ihre Barcode-Etiketten mit*
- 17.25 Uhr **Begrüßung und Moderation**  
Dr. med. Dr. rer. nat. Dieter Münstermann, Labor Krone, Bad Salzuflen
- 17.30 Uhr **Vortrag »Neue Leitlinien zur *Helicobacter-pylori*-Infektion:  
Was ändert sich in der Diagnostik und Therapie?«**  
Prof. Dr. med. Stephan Miehke, Magen-Darm-Zentrum,  
CED-Schwerpunktpraxis, Facharztzentrum Eppendorf, Hamburg
- 18.30 Uhr **Vortrag »Molekulare *Helicobacter*-Diagnostik im Stuhl«**  
Dr. rer. nat. Carsten Tiemann, Labor Krone, Bad Salzuflen
- 19.00 Uhr **Einladung zum Imbiss**

Wir freuen uns auf Sie.

Mit freundlichen Grüßen

**Labor Krone**

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Kibion GmbH, Bremen

Bitte senden Sie die Anmeldung an:  
**Labor Krone · Sekretariat · Siemensstraße 40**  
**32105 Bad Salzuflen** oder per **Fax 05222 8076163**  
bzw. E-Mail **info@laborkrone.de**



**Wir bitten um Verständnis, dass eine Teilnahme nur nach vorheriger Anmeldung möglich ist.** Diese sollte bitte kurzfristig erfolgen und wird in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Sie erhalten keine schriftliche Bestätigung, bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter **Tel. 05222 8076143** gerne zur Verfügung.

## Anmeldung

Ich/*wir* melde/*n* mich/*uns* verbindlich für die Fortbildungsveranstaltung am **9. März 2016** an.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um telefonische Abmeldung **05222 8076143**.

**1. Teilnehmer/in** Name, Vorname

**2. Teilnehmer/in** Name, Vorname

**3. Teilnehmer/in** Name, Vorname

Telefon

Anschrift/Praxisstempel

→ bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Hier geht's direkt zum Routenplaner.



Labor Krone  
Siemensstraße 40  
32105 Bad Salzuflen  
Telefon 05222 80760  
www.laborkrone.de



## Erklärung zur Offenlegung von Interessenkonflikten (Referent)

Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Ressort Fortbildung  
Gartenstr. 210-214  
48147 Münster  
E-Mail: zertifizierung@aeowl.de  
Fax: 0251/929-2259

Absender:

Thema / Titel der Fortbildungsmaßnahme:

Termin / Ort der Fortbildungsmaßnahme:

Neue Leitlinien zur Helicobacter-  
pylori-Infektion: Was ändert sich in  
der Diagnostik und Therapie?

9. März 2016 in Bad Sauerbrunn

VNR (falls bekannt):

Name / Vorname des Referenten:

Prof. Dr. med. Stephan Mielke  
Veranstalter: Labor Krone, Siemensstr. 40, 32105  
Bad Sauerbrunn

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet Sie um Offenlegung möglicher Interessenkonflikte.

Auch bei der ärztlichen Fortbildung sind ärztliche Unabhängigkeit sowie das Patienten- und Gemeinwohl als Handlungsmaxime der medizinischen Versorgung zu sichern. Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Dritten, auch mit der Industrie, sind in der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 23.03.2012 (§ 32 und 33) festgelegt.

Gemäß § 8 (1) und (3) der Fortbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 01.07.2014 sowie den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung in ihrer jeweils gültigen Fassung setzt die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung voraus, dass Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte offengelegt werden. Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten/innen müssen gegenüber den Teilnehmern/innen der Fortbildung und auf Anforderung zusätzlich gegenüber der Ärztekammer offengelegt werden.

Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird. Unter primärem Interesse werden das Wohlergehen der Patienten und eine Weiterentwicklung des medizinischen Wissens verstanden. Sekundäre Interessen können materieller, sozialer oder intellektueller Natur sein.

Zweck der Offenlegung von Interessenkonflikten ist, dass der Teilnehmer sowie die anerkennende Ärztekammer die Möglichkeit erhalten, sich eine Meinung über die Interessenlage eines Veranstalters/Referenten/wissenschaftlichen Leiters zu bilden. Im Vordergrund steht die Information, nicht die Ausgrenzung aufgrund von Verbindungen zur Industrie oder anderen Gruppierungen.

Sponsor(en) der Fortbildungsmaßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mein Honorar für die o. g. Fortbildungsmaßnahme: \_\_\_\_\_ €

**Meine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Fortbildungsmaßnahme bezogen auf genannten Sponsor (innerhalb der letzten drei Jahre):**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Honorar für Vortrags-, Autoren-, Gutachter- oder Beratertätigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Honorar für Vorbereitung von Fortbildungen                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erstattung von Reise- oder Übernachtungskosten                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erstattung von Teilnahmegebühren an Fortbildungen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktien / Patente  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelder aus Lizenzen /Tantiemen                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Honorar für Durchführung von Auftragsstudien                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhalt von Forschungsgeldern                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Interessenkonflikte (bitte kurz darlegen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere, dass mein Vortrag / meine Vorträge produkt- und firmenneutral ist / sind.

Gegenüber den Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme werde ich meine Interessenkonflikte schriftlich offenlegen (z. B. auf den ersten Folien der Präsentation).

Ort	Datum	Unterschrift / Stempel des Referenten	
Ärztchammer Westfalen-Lippe Gartenstr. 210-214 48147 Münster	Postfach 4067 48022 Münster	Tel.: 0251/929-2212/2219 Fax: 0251/929-2259	E-Mail: <a href="mailto:zertifizierung@aekwl.de">zertifizierung@aekwl.de</a> Homepage: <a href="http://www.aekwl.de">www.aekwl.de</a>