

An die beteiligten

- Durchgangsarzte und Durchgangsarztinnen
- VAV-Krankenhäuser
- SAV-Krankenhäuser
- Ärzte und Ärztinnen der handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter im Rahmen des VAV

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen: Ze/tg  
Ansprechpartner: Herr Ziche  
Telefon: 030 / 85 105 - 5223  
Fax: 030 / 85 105 - 5225  
E-Mail: Gerald.Ziche@dguv.de  
  
Datum: 14. April 2016

## Rundschreiben D 09/2016

### Erfassung absolvierter Fortbildungen für den 5-Jahres-Zeitraum im Rahmen der Durchgangsarztbeteiligung – Abfrage der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die im Rahmen der Beteiligung am Durchgangsarztverfahren zu absolvierenden Fortbildungen im 5-Jahres-Zeitraum werden von den Landesverbänden kontinuierlich erfasst.

Aus den Rückmeldungen der Ärzte, die der erste 5-Jahres-Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2015 betraf, wurden Verbesserungen bei dem System in die Wege geleitet, mit dem die Landesverbände die absolvierten Fortbildungen erfassen.

Deshalb beabsichtigen wir, bei der Auswertung der absolvierten Fortbildungen auf die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) zurückzugreifen.

Die Meldung Ihrer Teilnahme an einer unserer Fortbildungsveranstaltungen an die Landesärztekammer wird zudem mit der EFN erleichtert, damit Ihnen auch dort die Fortbildungspunkte gutgeschrieben werden können.

Um diese Verbesserung nun umsetzen zu können, bitten wir um Ihre Unterstützung: Bitte teilen Sie uns auf dem beigefügten Beiblatt Ihre EFN mit. Hierfür kleben Sie bitte in das dafür vorgesehene Feld Ihren Aufkleber mit der Einheitlichen Fortbildungsnummer, den Sie bei Fortbildungsveranstaltungen verwenden.

Sollten Sie als Durchgangsarzt an mehreren Standorten oder Krankenhäusern beteiligt sein,

Seite 1 von 3

bitten wir für jeden Standort den Bogen zurückzusenden.

Die EFN werden wir in unserem elektronischen Datenbestand erfassen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Ziche  
Stellv. Geschäftsstellenleiter

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Landesverband Nordost  
Fregestraße 44  
12161 Berlin

Fax-Nr.: 030 - 85 105 5225

## Rückantwort

Name der D-Ärztin bzw. des D-Arztes:

---

Anschrift der Praxis/des Krankenhauses:

---

---

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) / EFN-Aufkleber

---

Datum, Stempel, Unterschrift