

**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>	

\* 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 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](https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Mitglieder/AEM_Informationspflicht.pdf))
- 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift