



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Protokoll

Bezeichnung des Qualitätszirkel:

Datum: Beginn: Ende: Ort:	
Protokollführer:	Moderator:
Anzahl der Teilnehmer: (namentliche Auflistung siehe Anwesenheitsliste)	
Thema:	
Ablauf der Sitzung/Methodik:	
Ergebnisse:	
Nächstes Treffen:	
Datum: Ort:	
Thema / Aufgaben:	

Stempel / Unterschrift:

