



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Fachbereich Qualitätssicherung

Postfach 600861

14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag auf Anerkennung und Förderung des Qualitätszirkels (QZ) durch die KVBB

Bezeichnung des QZ:

Teilnehmerzahl: (bitte namentliche Auflistung Seite 2)

davon Mitglieder der KVBB:

Moderator/en: Name:

Anschrift:

.....

Teilnahme am Moderatoren-Training: ja nein

(Nachweise beifügen!)

Geplante Frequenz: pro Jahr

Dem Antrag füge ich die Protokolle/Teilnehmerlisten von bereits drei durchgeführten QZ bei:

ja nein

Erklärung:

Mit der Antragstellung erkläre ich,

1. dass ich gem. Punkt 1.7. der Leitlinien die Auflösung des Qualitätszirkels melde.
2. dass ich gem. Punkt 1.8. der Leitlinien Kopien der Kurzprotokolle und Teilnehmerlisten über die Sitzungen der Qualitätszirkel der KVBB, Fachbereich Qualitätssicherung, einreiche.
3. dass ich die in den Leitlinien darüber hinaus genannten Aufgaben erfülle.
4. dass ich dafür Sorge trage, dass Ansprüche an Neutralität und Transparenz gem. Punkt 1.5. der Leitlinie gewahrt sind.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift, Vertragsarztstempel



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kurzbeschreibung - Qualitätszirkel

| |
|---|
| Bezeichnung des QZ: <p style="text-align: right;">Teilnehmerkreis: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/></p> |
| Ort: |
| Geplanter Beginn: |
| Moderator/in/en: |
| Thema: <input type="checkbox"/> themenoffen <input type="checkbox"/> themenspezifisch → welches Thema : |
| Teilnehmerkreis: <input type="checkbox"/> hausärztlich <input type="checkbox"/> fachärztlich <input type="checkbox"/> fachübergreifend <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch |
| Teilnehmerzahl: davon Mitglieder der KVBB: |
| Kontaktperson, Anschrift, Tel.: |
| Sonstiges: |

Ich bin einverstanden, dass meine Adresse für Zwecke der Qualitätszirkel-Initiativen bekanntgegeben wird.

Datum:

Stempel / Unterschrift:



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:

