



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

**Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg**

Fachbereich Qualitätssicherung

Postfach 600861

14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4

Qualitätssicherung und 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:** ..... (mindestens 3 ordentliche Mitglieder der KVBB)

**Moderator/in/en:** Name: .....

Anschrift: .....

.....

### Teilnahme am Moderatoren-Training:

- ja  (Nachweise beifügen!)
- nein  (Die Anerkennung durch die KVBB wird mit der Auflage erteilt,  
innerhalb eines Jahres das Moderatoren-Training nachzuholen)

**Geplante Frequenz:** ..... pro Jahr (mind. 4 QZ-Treffen/Jahr, Dauer 2 x 45 Min. pro QZ-Treffen)

**Dem Antrag füge ich die Protokolle/Teilnehmerlisten von bereits zwei durchgeführten QZ-Treffen bei.**  
(bei Neugründung eines QZ ohne vorherige Moderatorentätigkeit im Bereich der KVBB)

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

Stempel/Unterschrift





## Kurzbeschreibung - Qualitätszirkel

<b>Bezeichnung des QZ:</b>   <p style="text-align: right;">Teilnehmerkreis: offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/></p>
<b>Ort:</b>
<b>Geplanter Beginn:</b>
<b>Moderator/in/en:</b>
<b>Thema:</b> <input type="checkbox"/> themenoffen <input type="checkbox"/> themenspezifisch → welches Thema: .....
<b>Teilnehmerkreis:</b> <input type="checkbox"/> hausärztlich <input type="checkbox"/> fachärztlich <input type="checkbox"/> fachübergreifend <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
<b>Teilnehmerzahl:</b> ..... <b>davon Mitglieder der KVBB:</b> .....
<b>Kontaktperson, Anschrift, Tel.:</b>
<b>Angabe der Kontoverbindung zur Auszahlung der Aufwandsentschädigung:</b> Kontoinhaber: ..... (falls nicht mit Moderator/in identisch) IBAN: ..... BIC: .....

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

.....

Ort, Datum

.....

Stempel/Unterschrift