



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Protokoll

Bezeichnung des Qualitätszirkels:

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

Stempel/Unterschrift:

