



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Protokoll

Bezeichnung des Qualitätszirkels:

| |
|---|
| 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:

