



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Fachbereich Qualitätssicherung

Postfach 600861

14408 Potsdam

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

Bezeichnung des QZ:

Teilnehmerzahl: (bitte namentliche Auflistung Seite 2)

davon Mitglieder der KVBB: (mind. 5 ordentliche Mitglieder der KVBB)

Moderatoren: 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. 3 QZ-Treffen/Jahr, Dauer 2 x 45 Min. pro QZ-Treffen)

Dem Antrag füge ich drei Protokolle nebst Teilnehmerlisten von bereits durchgeführten QZ-Treffen bei.

Erklärung:

Mit der Antragstellung erkläre ich,

1. dass ich gemäß Punkt 1.7. der Leitlinien die Auflösung des Qualitätszirkels melde.
2. dass ich gemäß 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, den Ansprüchen an Neutralität und Transparenz gemäß Punkt 1.5. der Leitlinien gerecht zu werden.

.....
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:
Moderatoren:
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:



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:

