

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

### Antrag auf

- Anerkennung eines Qualitätszirkels (QZ)
- Übernahme eines Qualitätszirkels (QZ)

### Angaben zum Qualitätszirkel

---

Name des QZ	
Gründungs-/Übernahmedatum	
Name des (neuen) Moderators	
LANR	
Datum der Moderatorengrundausbildung	
Bankverbindung (IBAN)	

### Ausrichtung des Qualitätszirkels

---

- hausärztlicher QZ
- Diabetesarbeitskreis
- fachübergreifender QZ
- psychotherapeutischer QZ
- fachärztlicher QZ
- reiner QM-Zirkel
- Indikationsbezogener QZ

#### Themenschwerpunkte:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Einverständnis

---

- Ich bin mit der Veröffentlichung des Qualitätszirkelnamens und meiner Kontaktdaten (Name, Ort, E-Mail Adresse) auf der Homepage der KVSH einverstanden.

E-Mail-Adresse (für die Veröffentlichung): \_\_\_\_\_

## Erklärung

Die Grundsätze des Vorstandes zur Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

## Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_ Moderator des Qualitätszirkels

## Teilnehmerliste (nur Teilnehmer aus der vertragsärztlichen Versorgung\* in Schleswig-Holstein)

	Name, Vorname	LANR
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

\* Der Begriff vertragsärztliche Versorgung umfasst Ärzte/Psychotherapeuten, die zugelassen, angestellt in einer Praxis, angestellt in einem MVZ, angestellt in einer kommunalen Eigeneinrichtung oder ermächtigt sind.