

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.