



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 – 362/340, Fax (030) 31003 -305

**Antrag auf Anerkennung eines Qualitätszirkels**  
gemäß der Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln  
vom 17.12.1997 in der derzeit gültigen Fassung

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt:  für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich die Anerkennung eines Qualitätszirkels gemäß der o.g. Regelung zum Thema:

.....  
.....

1. Den Nachweis einer 16-stündigen Moderatorenausbildung habe ich beigefügt:

JA  NEIN

2. Der von mir moderierte Qualitätszirkel setzt sich voraussichtlich aus folgenden Teilnehmern zusammen:

- ..... niedergelassene Ärzte
- ..... angestellte Ärzte
- ..... Psychologische Psychotherapeuten/  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- ..... andere

**Eine Teilnehmerliste ist beigefügt:** JA  NEIN,   
wird nachgereicht

3. Der von mir moderierte Qualitätszirkel wird durch Dritte (z. B. Pharmaindustrie) unterstützt:

JA  NEIN

4. Der von mir moderierte Qualitätszirkel wird voraussichtlich im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ durchgeführt.

5. Eine finanzielle Unterstützung durch die KV Berlin ist erwünscht:

JA  NEIN

6. Ein ausführliches Konzept über die Durchführung des Qualitätszirkels, aus dem die thematische Aufgliederung und die geplante Arbeitsweise des Qualitätszirkels hervorgehen, ist beigefügt:

JA  NEIN,   
wird nachgereicht



7. Das Thema und der Beginn des Qualitätszirkels wird im KV-Blatt und auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht. Dies gilt auch für ausgewählte Abschlussberichte.
8. Ich bin mit einer Veröffentlichung meiner Daten (Name, Vorname, Telefon) im KV-Blatt und auf der Homepage der KV Berlin einverstanden:

JA

NEIN

Hinweis:

**Eine Anerkennung des Qualitätszirkels erfolgt durch den Vorstand der KV Berlin.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL