



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 397, Fax (030) 31003 - 305
Email qs@kvberlin.de

Praxisstempel

Selbstauskunft

**über den Besuch der gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
geforderten Fortbildungen zum Thema:**

**Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle
Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde**

Name des Arztes (Leistungserbringer): _____

Lebenslange Arztnummer (LANR):

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

Im vergangenen Zweijahreszeitraum habe ich folgende Fortbildungen besucht und weise hiermit den Erwerb von mindestens **7 Fortbildungspunkten** zu den o.g. Themen nach:

Lfd Nr.	Datum	Uhrzeit	Ort der Fortbildung	Thema	Anzahl der Fortbildungspunkte
1.					
2.					
3.					
4.					

Bitte senden Sie den Selbstauskunftsbogen per Post, per Fax oder per Email an die o.g. Anschrift.

.....
Datum, Unterschrift des Nachweispflichtigen (Leistungserbringers)