

An alle Ärzte, die an der
Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur
teilnehmen

Qualitätssicherung

Denny Richter
Tel.: 030 / 31 00 3 – 564
Fax: 030 / 31 00 3 - 50564

E-Mail: qs@kvberlin.de

27.04.2016

Einladung zu Fortbildungen „Chronische Schmerzen“ mit Fallkonferenzen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen Ihrer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten sind Sie gemäß der am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur u.a. verpflichtet, regelmäßig an Fallkonferenzen (mindestens viermal im Jahr) bzw. an Qualitätszirkeln zum Thema „Chronische Schmerzen“ teilzunehmen.

Zur Erfüllung dieser Auflage bietet Ihnen der Vorstand der KV Berlin in Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission „Akupunktur“ an folgenden Terminen je zwei Fortbildungen zum Thema „Chronische Schmerzen“ mit Fallkonferenzen (jeweils 45 Minuten) an:

**am Montag, dem 23.05.2016 um 19:30 Uhr;
am Montag, dem 23.05.2016 um 20:30 Uhr;**

**am Dienstag, dem 05.07.2016 um 19:30 Uhr;
am Dienstag, dem 05.07.2016 um 20:30 Uhr;**

Ort: KV Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin, 1. UG, Tagungsraum 1

Die Zertifizierung der Veranstaltungen ist bei der Ärztekammer Berlin beantragt. Die Teilnahme ist kostenlos.

Da es sich an einem Tag um zwei unterschiedliche Fallkonferenzen handelt, können Sie sich auch zu beiden Veranstaltungen an einem Tag anmelden gleichwohl bitten wir die begrenzten räumlichen Kapazitäten zu berücksichtigen. Bestätigen Sie Ihre Teilnahme bitte mit dem beiliegenden Antwortfax bis zum 19. Mai 2016.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag des Vorstandes

Anlage: Antwortfax

1/1

ANTWORTFAX

Bitte bis zum 19. Mai 2016 zurückfaxen an
FAX-Nummer 030/31 00 3 50564

Hinweis: Sie können sich auch zu beiden
Veranstaltungen an einem Tag anmelden.

Anmeldung zu Fortbildungen „Chronische Schmerzen“ mit Fallkonferenzen

am Montag, dem 23.05.2016 um 19:30 Uhr

am Montag, dem 23.05.2016 um 20:30 Uhr

am Dienstag, dem 05.07.2016 um 19:30 Uhr

am Dienstag, dem 05.07.2016 um 20:30 Uhr

**in der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A, 14057 Berlin
1. UG, Tagungsraum 1**

Anmeldung:

Ich/Wir nehmen teil mit _____ Personen

Name, Vorname: _____

Praxisanschrift bzw. -stempel: _____