

FAX: 030/31003-50564 oder E-Mail: Fallkonferenzen@kvberlin.de

Anlage Teilnehmerliste zur Bescheinigung Fallkonferenzen/Qualitätszirkel

Leiter:in: der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	_____
Datum der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	_____
Uhrzeit der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels:	von: _____ bis: _____ Uhr

TEILNEHMER:INNEN²:

LANR:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Name, Vorname:	_____									
Facharztbezeichnung:	_____									
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
Praxisstempel										
Unterschrift:	_____									

LANR:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Name, Vorname:	_____									
Facharztbezeichnung:	_____									
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
Praxisstempel										
Unterschrift:	_____									

² Für die Anerkennung der Fallkonferenz/des Qualitätszirkels müssen mindestens zwei Teilnehmer:innen über eine Abrechnungsgenehmigung Akupunktur verfügen.
Diese Bescheinigung ist nur einmal erforderlich und kann für alle Unterzeichnenden anerkannt werden.

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>



LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>



LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>

LANR:	<input type="text"/>
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Facharztbezeichnung:	<input type="text"/>
Abrechnungsgenehmigung Akupunktur vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisstempel	
Unterschrift:	<input type="text"/>