



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 362, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

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

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:

Nicht Zutreffendes bitte streichen.

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

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

..... andere

Eine Teilnehmerliste ist beigefügt (Achtung: max. 15 Teilnehmer!):

JA NEIN,
wird nachgereicht

3. Der von mir moderierte Qualitätszirkel wird durch Dritte unterstützt:

JA NEIN

wenn ja, durch wen oder was (z.B. Pharmaindustrie, medizinische Netzwerke o.a.) und in welchem Umfang?

.....
.....

4. Der von mir moderierte Qualitätszirkel wird an folgenden Terminen stattfinden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....



5. Die Zertifizierung der Sitzungstermine des Qualitätszirkels soll durch die KV Berlin bei der Ärztekammer Berlin beantragt werden

als sog. „Reihe“ (für alle Termine zusammen – unter Benennung der konkreten Termine - wird vor der Durchführung des Qualitätszirkels die CME-Anerkennung beantragt)

oder

je Einzeltermin (vor dem konkreten Einzeltermin wird die CME-Anerkennung beantragt; dafür ist die Benennung des Termins mindestens 3 Wochen vor seinem Stattfinden bei der KV Berlin erforderlich)

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

JA NEIN

7. 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

8. Das Thema und der Beginn des Qualitätszirkels werden im KV-Blatt und auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht. Dies gilt auch für ausgewählte Abschlussberichte.

9. 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