

Termine / Seminare

[Zurück](#)

Seminaranmeldung Qualitätsmanagement in der Psychotherapiepraxis

Onlinefortbildung

09.10.

Uhrzeit

10.00-15.00 Uhr

Ort

Online

Gebühr 110 Euro

Teilnehmerzahl max. 20

Referent

[DeltaMed Süd Veränderungsberatung](#)
im Gesundheitswesen

Zielgruppe

psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen,
Psychotherapeut:innen

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Burkhard Ruppert

Veranstalter/Organisator

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Sponsoring

kein Sponsoring

Arztöffentlichkeit

offen für externe Teilnehmer:innen

Fortbildungspunkte 8

Dieser Kurs richtet sich an psychotherapeutische Praxen, die ihr Qualitätsmanagement-System (QM-System) unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Es werden die wichtigen QM-Anforderungen an eine psychotherapeutische Praxis aufgezeigt und besprochen.

Themenschwerpunkte:

- Gesetzliche Grundlagen
- QM in der psychotherapeutischen Praxis
- Aufbau und Weiterentwicklung interne QM-Dokumentation anhand von Musterdokumenten
- Intensive Besprechung einzelner QM-Themen
- Umsetzungsplanung für die eigene Praxis
- Austausch mit anderen psychotherapeutischen Praxen

Bitte beachten Sie: Nach Ihrer verbindlichen Anmeldung zu unserem Online-Fortbildungsangebot übermitteln wir Ihre Kontaktdaten, insbesondere Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihre E-Mail-Adresse, zum Zwecke der Organisation und Durchführung der jeweiligen Onlinefortbildung an DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Untere Gasse 9, 71642 Ludwigsburg. Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

Anmeldeformular

Qualitätsmanagement in der Psychotherapiepraxis, 09.10.2025

Anrede *

Frau ▼

Titel

Bitte geben Sie ggf. Ihren vollständigen Titel an.

Vorname *

Name *

Fachgebiet *

Materialien zum Seminar

[Seminarbeschreibung](#)

[Allgemeine Seminarinformationen](#)

[Seminarkalender der KV Berlin 2025](#)

[AGB](#)

[Teilnahmebedingungen für das](#)

[Seminarangebot der KV Berlin](#)

Kontakt

Veranstaltungsbüro

veranstaltungsbuero@kvberlin.de

E-Mail *

Telefon *

Rechnungsempfänger: Titel, Vorname, Nachname *

Rechnungsadresse Straße und Haus-Nr. *

Rechnungsadresse PLZ *

Rechnungsadresse Ort *

Name der Praxis *

Praxisadresse Straße und Haus-Nr. *

Praxisadresse PLZ *

Praxisadresse Ort *

BSNR (Nur für Mitglieder der KV Berlin anzugeben)

Weitere Teilnehmer:innen

Bitte geben Sie hier weitere Teilnehmer:innen an:

Teilnehmer 2: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 3: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 4: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 5: Titel, Vorname, Name

Feedback

Ich stimme der Zusendung von Feedbackbogen per E-Mail nach der Veranstaltung zu. Die Einwilligung ist freiwillig und kann

jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

AGB *

Ich stimme den AGB Nutzungsbedingungen zu.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten zur Anmeldung finden Sie in den [Datenschutzhinweisen der KV Berlin](#).

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Veranstaltung, insbesondere bezogen auf die eventuellen Film- und Fotoaufnahmen finden Sie in den [Datenschutzhinweisen](#).

HINWEIS

Alle Unterlagen zum Seminar (Seminarbeschreibung, Allgemeine Seminarinformationen, AGB) können Sie sich unter "Materialien zum Seminar" herunterladen. Bei erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung mit Ihren Anmeldeinformationen an die hinterlegte E-Mailadresse.

Captcha *



Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen](#)

Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

Kontakt für Presseanfragen

presse@kvberlin.de

Kassenärztliche Vereinigung
Berlin
Masurenallee 6A

[030 / 31 003-0](tel:030310030)
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)
[Kontakt](#)



BERLIN