

# Termine / Seminare

[Zurück](#)

## Seminaranmeldung **Fehler- und Risikomanagement für die Praxis**

**Onlinefortbildung**

12.11.

Uhrzeit

10.00-14.00 Uhr

Ort

Online

Gebühr 110 Euro

Teilnehmerzahl max. 20

Referent

[DeltaMed Süd Veränderungsberatung  
im Gesundheitswesen](#)

Zielgruppe

Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen,  
Praxismitarbeiter:innen

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Burkhard Ruppert

Veranstalter/Organisator

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Sponsoring

kein Sponsoring

Arztöffentlichkeit

offen für externe Teilnehmer:innen

Fortbildungspunkte 5

Die Patient:innensicherheit spielt in der Praxis eine sehr wichtige Rolle. Durch das Patientenrechtegesetz und die Modifizierung der Qualitätsmanagement-Richtlinie wurden Anforderungen für die Praxen festgelegt, die häufig nicht bekannt oder nur sehr schwer umsetzbar sind.

Ziel der Onlinefortbildung ist es, potenzielle Risiken zu erkennen und ein effizientes Fehler- und Risikomanagement in der eigenen Praxis zu etablieren. Dadurch werden die Patient:innensicherheit verbessert und die eigenen Praxisabläufe kontinuierlich optimiert.

### **Themenschwerpunkte:**

- Was bedeutet Patient:innensicherheit für die Praxis?
- Auswirkungen neuer gesetzlicher bzw. QM-Vorgaben
- Risikomanagement in der Praxis
- Aufbau eines Fehlermanagements
- Patient:innenbefragung

**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

Fehler- und Risikomanagement für die Praxis, 12.11.2025

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](mailto: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](mailto:presse@kvberlin.de)

Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin

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

Masurenallee 6A

[Kontakt](#)

14057 Berlin



**BERLIN**