



Antrag

auf Anerkennung eines Qualitätszirkels

gemäß der Leitlinie „Qualitätszirkel in Sachsen“ vom 01.10.2009

Bitte in Druckschrift ausfüllen, sofern kein EDV-Ausdruck verwendet wird.

1 Angaben zum Moderator

Name des
Moderators:

LANR:

Ärztliche/ psychotherapeutische Tätigkeit

als Facharzt für:

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Qualifikationsvoraussetzungen:

- Der Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Ausbildung zum Qualitätszirkelmoderator liegt dem Antrag bei.

2 Grundangaben zum Qualitätszirkel

Name des
Qualitätszirkels:

Fachgebiet/e bzw.
Indikation:

Thema/ Themen:

Ziel/e:

Teilnehmerzahl: _____

davon Mitglieder der
KV Sachsen: _____

Hinweis: Die einzelnen Teilnehmer sind auf Seite 3 dieses Antrages einzeln aufzuführen.

Veranstaltungsort: _____

Ich stimme der Veröffentlichung folgender Grundangaben des Qualitätszirkels zu: Name des Qualitätszirkels, Fachgebiete/Indikation, Titel und Name des Moderators, Kontaktdaten des Moderators (Telefon, Fax, Ort und PLZ). Dies schließt auch die Veröffentlichung im Internet ein.

ja

nein

3 Beginn, geplante Dauer und Häufigkeit des Qualitätszirkels

Gründungsdatum: _____

Laufzeit:

begrenzt bis: _____

oder

unbegrenzt

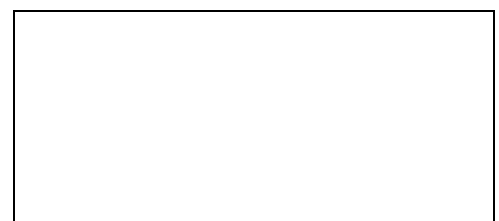
**Anzahl geplanter
Sitzungen im Jahr:** _____

Turnus: _____

4 Sonstige Angaben und Erläuterungen

5 Erklärung

Die Veranstaltung entspricht inhaltlich und formell den Vorgaben zur Anerkennung eines Qualitätszirkels nach der Leitlinie „Qualitätszirkel in Sachsen“ der KV Sachsen in der aktuell gültigen Fassung. Die Bestimmungen zum Datenschutz und zur Unabhängigkeit der Veranstaltung von Dritten werden in den Sitzungen des Qualitätszirkels eingehalten.



.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Moderator

Stempel Moderator

Anlage zum Antrag auf Anerkennung eines Qualitätszirkels: Teilnehmerliste**Name des Qualitätszirkels:** _____

Die Teilnehmerliste enthält alle Ärzte, Psychotherapeuten, Fachwissenschaftler und sonstige Personen, die an dem beantragten Qualitätszirkel teilnehmen.

Nr.	Titel, Name, Vorname und Praxisort des Arztes (Bitte in Druckschrift ausfüllen, sofern kein EDV-Ausdruck verwendet wird.)	Mitglied der KV Sachsen
1		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
2		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
3		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
4		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
5		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
6		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
7		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
8		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
9		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
10		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
11		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
12		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
13		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
14		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
15		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
16		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
17		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
18		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
19		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
20		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein