KV RLP
Regionalzentrum Koblenz | Emil-Schüller-Straße 14-16 | 56073 Koblenz
Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail qz@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/70483

KV RLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Infoblatt Qualitätszirkelsitzung

(bitte je QZ-Sitzung ausfüllen)

Name des Qualitätszirkels:

_____

Ort und Datum der Sitzung:

_____

Moderator:

_____

Referent/Moderator: (der einen Vortrag o.ä. gehalten hat)

_____

Thema:
(falls nicht nachfolgend aufgeführt bitte eintragen)

_____

Dauer: von: _____ **Uhr**

bis: _____ **Uhr**

bitte zutreffendes ankreuzen

- ☐ Akupunktur
- ☐ Ambulantes Operieren
- ☐ DMP - Asthma bronchiale
- ☐ DMP - Brustkrebs
- ☐ DMP - COPD
- ☐ DMP - Diabetes mellitus Typ 1
- ☐ DMP - Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ DMP - KHK
- ☐ Osteologie
- ☐ Häusliche Gewalt
- ☐ Hausarztzentrierte Versorgung
- ☐ J2 (Früherkennungsuntersuchung Ki-/Jugendmedizin)
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Homöopathische Therapie
- ☐ Onkologisch qualifizierter Arzt
- ☐ Pharmakotherapieberatung
- ☐ Onkologische Nachsorge
- ☐ Zytologie
- ☐ _____

Die Zirkelsitzung entspricht der Leitlinie der KV RLP zur Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln (QZ-Leitlinie)

Finanzielle Unterstützung (Sponsoring): ☐ ja ☐ nein

Unterschrift Moderator: _____

Bitte fügen Sie die Anwesenheitsliste mit Unterschrift/EFN-Nr. bei!

Hinweis:
Die **Gutschrift der Fortbildungspunkte** und die **finanzielle Förderung** gem. der QZ-Leitlinie der KV RLP i. V. m. der derzeit gültigen Entschädigungsordnung der KV RLP erfolgt, wenn der KV RLP Infoblatt Qualitätszirkelsitzung sowie die Anwesenheitsliste vorliegen.
Bitte beachten Sie hierfür die Abgabefrist von **4 Wochen** nach erfolgter Sitzung.