

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> J2 (Früherkennungsuntersuchung Ki-/Jugendmedizin) |
| <input type="checkbox"/> DMP - Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> DMP - Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Homöopathische Therapie |
| <input type="checkbox"/> DMP - COPD | <input type="checkbox"/> Onkologisch qualifizierter Arzt |
| <input type="checkbox"/> DMP - Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Pharmakotherapieberatung |
| <input type="checkbox"/> DMP - Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Onkologische Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> DMP - KHK | <input type="checkbox"/> Zytologie |
| <input type="checkbox"/> Osteologie | |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Gewalt | |

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.