

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Reutlingen
GB Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

qualitaets-sicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag Qualitätszirkel

auf **Anerkennung eines Qualitätszirkels**

auf **Übernahme eines Qualitätszirkels – Moderatorenwechsel**

Bisheriger Moderator:

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Moderator:

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort
_____	_____	
E-Mail	Telefon	

- Ich habe an einem Moderatorentaining teilgenommen. ja nein
- Ich habe als ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung. ja nein
- Ich habe die Anerkennung als Diabetologe DDG durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft. ja nein
- Ich habe als Arzt die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erworben. ja nein

Bitte fügen Sie dem Antrag die entsprechenden Bescheinigungen bei.

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage/Leitlinie finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaets-sicherung/qualitaetszirkel/>

Art des Qualitätszirkels (bitte ankreuzen):

- Hausärztlicher QZ
- Fachärztlicher QZ
- Interdisziplinärer/berufsgruppenübergreifender QZ
- Sektorenübergreifender QZ
- Psychotherapeutischer QZ
- interprofessioneller QZ Frühe Hilfen
- Praxispersonal QZ

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Die Teilnehmerzahl darf 5 Personen (einschließlich Moderator) in der Regel nicht unterschreiten. Bitte beachten Sie die Teilnehmerliste, die ebenfalls ausgefüllt einzureichen ist.

Bankverbindung:

Bank

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hierbei handelt es sich:

- um ein Geschäftskonto aus meiner/unsere freiberuflichen bzw. gewerblichen Tätigkeit
- um ein Privatkonto

Hinweis:

Bei einem Privatkonto erfolgt von der KVBW eine jährliche Meldung an die Finanzbehörde im Rahmen des § 8 in Verbindung mit § 12 der MV über die von der KVBW an Sie geleisteten Zahlungen.

Einwilligungserklärung/Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift an Arztpraxen, Psychotherapeutenpraxen, Kreisärzteschaften, Berufsverbände und andere Moderatoren weitergegeben werden kann.
- Ich bin mit der Weitergabe meiner Anschrift nicht einverstanden.

PLZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Ort

Unterschrift Antragsteller

Teilnehmerliste zur Anerkennung eines Qualitätszirkels

Moderator

Bezeichnung des Qualitätszirkels

Nr.	Name, Vorname	Mitglied der KVBW
1		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
6		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
9		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
10		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
11		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
13		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
14		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
15		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
16		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
17		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
18		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
19		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
20		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein