



Antrag zur Anerkennung eines Qualitätszirkels

(bitte in Blockschrift oder elektronisch ausfüllen)

- Interdisziplinär
- Hausärztlich
- Fachärztlich
- Psychotherapeutisch

Name des Qualitätszirkels :

.....

Gründungsdatum:

Fachbereich:

Ihr Ansprechpartner:

Ort der Veranstaltungen:

Qualitätsförderung

Name des Moderators:

Qualitäts- und
Veranstaltungsmanagement
Tel.: 069 24741-7552
Fax: 069 24741-68840
qualitaetszirkel@kvhessen.de

Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Email:

Moderatorent raining absolviert bei:

.....

am:

(Kopie der Teilnahmebescheinigung bitte beilegen)

Die gültigen Richtlinien in der Fassung vom Dez. 2018 habe ich zur
Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift / Stempel)

Teilnehmerliste Gründungsmitglieder

	Titel, Vor- und Zuname (ggf. Geburtsdatum)	Adresse (Praxisanschrift)	Fachgebiet	Kassenzulassung	
				ja	nein
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					