Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhaustr. 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag Qualitätszirkel

○ **auf Anerkennung eines Qualitätszirkels**

○ **auf Übernahme eines Qualitätszirkels – Moderatorenwechsel**

zum _____ Termin wurde mit bisherigem Moderator abgestimmt.
TTMMJJJJ

bisheriger Moderator _____ Titel _____ Vorname _____ Nachname

Bitte fügen Sie eine formlose Einverständniserklärung des bisherigen Moderators zum Moderatorenwechsel bei.

Moderator

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

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

_____ Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort

_____ E-Mail _____ Telefon

- Ich habe an einem Moderatorentraining 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: www.kvbawue.de/qualitaetszirkel

Bezeichnung des Qualitätszirkels

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 fünf 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/unserer 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

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller

Teilnehmerliste zur Anerkennung eines Qualitätszirkels

Moderator

Bezeichnung des Qualitätszirkels

Nr.	Name, Vorname	Mitglied der KVBW
1		☐ Ja ☐ Nein
2		☐ Ja ☐ Nein
3		☐ Ja ☐ Nein
4		☐ Ja ☐ Nein
5		☐ Ja ☐ Nein
6		☐ Ja ☐ Nein
7		☐ Ja ☐ Nein
8		☐ Ja ☐ Nein
9		☐ Ja ☐ Nein
10		☐ Ja ☐ Nein
11		☐ Ja ☐ Nein
12		☐ Ja ☐ Nein
13		☐ Ja ☐ Nein
14		☐ Ja ☐ Nein
15		☐ Ja ☐ Nein
16		☐ Ja ☐ Nein
17		☐ Ja ☐ Nein
18		☐ Ja ☐ Nein
19		☐ Ja ☐ Nein
20		☐ Ja ☐ Nein