

## QEP®-Intensivkurs

### Inhalt

Der Intensivkurs richtet sich an Praxen, die nach dem QEP-Einführungsseminar intensive Unterstützung beim Aufbau des Qualitätsmanagements in der eigenen Praxis anstreben. Grundlage bildet dabei das Qualitätsmanagementsystem QEP® „Qualität und Entwicklung in Praxen®“. Anhand von Muster-Dokumenten und vielen Beispielunterlagen erarbeiten Sie Ihr praxiseigenes QM-Handbuch. Darüber hinaus erhalten Sie wichtige Anregungen und Hinweise, wie Sie die Maßnahmen des Qualitätsmanagements effektiv in der Praxis umsetzen können. Als Hilfestellung zur Umsetzung erhalten Sie ein QM-Musterhandbuch mit wertvollen Beispielen.

### Schwerpunkte

- QEP®-Qualitätszielkatalog und QM-Handbuch
- Umsetzung der QEP®-Kernziele: Was und wie viel muss dokumentiert werden?
- Qualitätsziele/ -politik und deren Weiterentwicklung
- Die erfolgreiche Teambesprechung
- Einsatz von Befragungen und Beschwerdemanagement zur Fehlererkennung und -vermeidung
- Anforderungen an das Personal- und Notfallmanagement
- Wichtige Hinweise zum Gerätemanagement, Bestell- und Lagerwesen
- Umsetzung von Vorgaben zum Datenschutz, zur Arbeitsumgebung und -sicherheit
- Der Qualitätsnachweis nach außen

**Zielgruppe:** PraxisinhaberIn und PraxismitarbeiterIn

**Teilnehmeranzahl:** 20

**Seminartermin:** Fr., 16.11.2018, 15:00 - 20:00 Uhr  
Sa., 17.11.2018, 09:00 - 16:00 Uhr

**Seminarort:** KVN Bezirksstelle Oldenburg, Amalienstr. 3, 26135 Oldenburg

**Fortbildungspunkte:** 17

**Teilnehmergebühr:** 220,- EUR p. P. (inkl. Verpflegung und Unterlagen)

**Ansprechpartnerin:** Frau Heike Knief, KV Niedersachsen, Berliner Allee 22, 30175 Hannover,  
Tel: (05 11) 3 80 - 33 79, Fax: (05 11) 3 80 - 34 80, E-Mail: seminarangebote@kvn.de

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

---

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, ORT)

BSNR

---

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

**Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.**