

Akkreditierung KVN-anerkannter Qualitätszirkel bei der Ärztekammer Niedersachsen, Bereich Fortbildung, zum Erhalt von Fortbildungspunkten für das Jahr 20_____

(Name des Qualitätszirkels, z. B. Pharmakotherapie Region xxx)

(Name des KVN-anerkannten Moderators des QZ)

(Anschrift des v.g. Moderators)

(Tel.-Nr. des v.g. Moderators)

(email-Adresse des v.g. Moderators)

Auszug aus den KVN-Grundsätzen zur Förderung von Qualitätszirkeln vom 15.11.2020:

Ein Qualitätszirkel trifft sich zu mindestens 4 Sitzungen im Jahr. Die Dauer einer Qualitätszirkelsitzung umfasst mindestens 90 Minuten. Teilnehmerzahl: 5 – 20.

1. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)
2. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)
3. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)
4. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)
5. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)
6. Termin (Datum)	Thema	Ort	<input type="checkbox"/> Ja virtuelle Sitzung? Beginn / Ende QZ-Sitzung (bitte ankreuzen) (bitte Uhrzeitangabe)

Ggf. weitere Termine: _____

Der QZ arbeitet frei und unabhängig von Sponsoring?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erhebung von Teilnehmergebühren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lernerfolgskontrolle bei der ÄKN beantragen?*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

(Anzahl QZ-Mitglieder)

(beteiligte Fachgebiete)

(Veranstaltungsort des QZ mit vollständiger Adresse)

Unterschrift

Vertragsarztstempel

KVN-FQS-102-CDX

Stand: November 2020

* Bitte Bogen der Lernerfolgskontrolle beifügen!