

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [qualitaetszirkel@kvberlin.de](mailto:qualitaetszirkel@kvberlin.de)

Praxisstempel

### Antrag auf Anerkennung eines Qualitätszirkels

gemäß der Regelung über Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 05.09.2012

Antragsteller

---

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer (LANR) 

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

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Unterstützung durch Dritte**

Es liegt keine Unterstützung durch Dritte vor.

Es liegt eine finanzielle, organisatorische, personelle oder inhaltliche Unterstützung durch Dritte, z. B. der Pharmaindustrie, vor.

*Eine Anerkennung des angestrebten Qualitätszirkels kann in diesem Fall nicht durch die KV Berlin erfolgen.*

**Themenstellung**

---

---

---

---

Das Konzept, das die beabsichtigte Arbeitsweise des Qualitätszirkels erkennen lässt sowie die Zieldefinition sind diesem Antrag beigefügt.

**Leitung eines Qualitätszirkels gemäß 3. der vg. Regelung**

- Eine Moderatorenausbildung wurde absolviert. Der Nachweis ist dem Antrag beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung (KV, andere Institution)

- Eine Moderatorenausbildung wurde nicht absolviert.  
Es wird um Vormerkung für die nächste Moderatorenausbildung gebeten.

**Durchführung eines Qualitätszirkels gemäß 4. der vg. Regelung**

- Eine Teilnehmerliste ist dem Antrag nicht beigelegt. Sie wird nachgereicht.  
 Eine Teilnehmerliste ist dem Antrag beigelegt. **mind. 8, max. 15 Teilnehmer!**

Zusammensetzung der Teilnehmer:

- ambulant tätige Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
 stationär tätige Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeuten  
 nichtärztliches Fachpersonal

Die Zertifizierung soll gegenüber der Ärztekammer Berlin folgendermaßen beantragt werden:

- je Einzeltermin  
Hierfür ist die Benennung des Termins mindestens 3 Wochen vor Beginn gegenüber der KV Berlin erforderlich.  
 in der Gesamtheit  
Hierfür ist die Benennung aller Termine erforderlich.

	Datum Sitzungstermin (mind. 6; max. 10)	Uhrzeit von ... bis ... (mind. 90 Min.)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**Finanzielle Förderung gemäß 7.2 vg. Regelung**

Soweit dafür Mittel zur Verfügung stehen, ist eine finanzielle Förderung erwünscht für:

- Kostenübernahme der Moderatorenausbildung  
 Entschädigung mit 150 € (je Sitzung, bis zu 8 Sitzungen) für die Vorbereitung und Durchführung der Sitzung, Nachbereitung (incl. Protokoll) und Abschlussbericht



**Organisatorische Unterstützung gemäß 7.1 vg. Regelung**

Zum Zweck der Kontaktaufnahme interessierter Teilnehmer wird um Veröffentlichung meiner Daten (Name, Vorname, E-Mail/Telefon) im KV-Blatt und auf der Homepage der KV Berlin gebeten:

- JA, E-Mail: \_\_\_\_\_; Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Nein

**VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass die Vorgaben der Regelung über Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkel im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vollumfänglich eingehalten werden.

Es ist insbesondere bekannt, dass:

- ein Moderatorenwechsel des genehmigten Qualitätszirkels anzuzeigen ist, gemäß 4.1,
- das Protokoll innerhalb von 2 Monaten bei der KV Berlin einzureichen ist, gemäß 4.3,
- der Abschlussbericht spätestens 2 Monate nach Beendigung des Qualitätszirkels bei der KV Berlin einzureichen ist, gemäß 4.4
- anerkannte Qualitätszirkel finanziell gefördert werden können, soweit dafür Mittel zur Verfügung stehen.

Es ist bekannt, dass die Unterstützung erst nach Anerkennung des Qualitätszirkels durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. den Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV und der Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller