

Bitte Fax oder Mail zurück an:

Fax: 0711 21747-699, Mail: ptqz@hausarzt-bw.de

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, HÄVG, Medi-Verbund

TEILNAHMEERKLÄRUNG ZUR MITARBEIT IN EINEM QUALITÄTSZIRKEL

Name, Vorname, Titel:

Fachrichtung: Allgemeinmedizin Andere

Praxisanschrift:

Tel.: Fax: E-Mail:

Betriebsstättennummer:

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

--	--

Lebenslange Arztnummer:

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

--	--

Ja, ich habe den HzV-Vertrag unterzeichnet.

Ich bin zurzeit tätig in einer:

- Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft Praxisgemeinschaft
 als Assistent/in
mit Partnern

Ja, ich bin bereits Mitglied eines Qualitätszirkels, in dem Hausärzte zusammenarbeiten.

Name des Moderators:

Name des Qualitätszirkels / Ort: (bitte nur 1 Angabe!)

Nein, ich bin nicht Mitglied eines hausärztlichen Qualitätszirkels.

Bitte organisieren Sie für mich die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in Ortsnähe.

Für die Qualitätszirkelteilnahme bevorzuge ich folgenden Ort bzw. Region (bitte angeben):

.....

- Falls ich den HzV-Vertrag kündige, erlischt die Datenfreigabe.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift