

Qualitätszirkel – Kurzbeschreibung

Name/Bezeichnung des QZ : _____

Teilnehmerkreis:	
Thema:	
Der QZ ist ... <input type="checkbox"/> Fachgruppenübergreifend <input type="checkbox"/> Sektorenübergreifend <input type="checkbox"/> Berufsgruppenübergreifend (Fachgruppenübergreifend z. B. Internisten und Orthopäden; Sektorenübergreifend z.B. Krankenhausärzte und Niedergelassene; Berufsgruppenübergreifend z. B. PT und Ergotherapeuten oder Ärzte und Physiotherapeuten usw.)	
Ziel:	
Moderator/Moderatorin:	
Beginn:	
Laufzeit:	<input type="checkbox"/> begrenzt bis _____ <input type="checkbox"/> unbegrenzt
Turnus:	
Ort:	
Zeitpunkt:	
Teilnehmerzahl ⇒ gesamt ⇒ regelmäßig durchschnittlich	
Arbeitstechnik:	
Publikationen:	
Kontaktperson, Anschrift, Telefon, Fax, e-mail	
Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere Adresse für Zwecke der Qualitätszirkel-Initiativen bekannt gegeben wird (z.B. Veröffentlichung in „KVNo aktuell“, Herausgabe meiner Kontaktdaten an interessierte Kollegen):	
Datum:	Unterschrift: _____
Datum:	Unterschrift: _____