

Name des Qualitätszirkels: _____

Thema: _____

am: _____ Dauer: _____ Minuten Moderator/in: _____

Thema bitte zuordnen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemein ärztliche/psychotherapeutische Fragen
(z. B. Arzt-Patientenbeziehung, besondere Patientengruppen) | <input type="checkbox"/> Medizinisch-fachliche Fragen |
| <input type="checkbox"/> Vertragsärztliche/berufspolitische Fragen | <input type="checkbox"/> Therapeutische / diagnostische Prozesse |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement
(z.B. Umsetzung QM, Praxismanagement) | <input type="checkbox"/> Pharmakotherapie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Medizin
(z. B. Leitlinien, Studien, Reviews) |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Indikationsbezogene Themen:

- Diabetes mell. Typ 1 COPD KHK Diabetes mell. Typ 2 Asthma bronchiale Brustkrebs
 Akupunktur Schmerztherapie Zytologie Onkologie HIV/Aids

Informationsquellen:

- Praxis-EDV / Karteikarte / Doku-Bogen / BAR
 Fallvorstellungen
 Leitlinien, Studien
 Fachreferat
 Sonstiges _____

Ergebnis:

- Festlegung von Behandlungspfaden
 Absprache über gemeinsames Vorgehen
 Teilnehmer planen Änderung im Praxisalltag
 Diagnostische / therapeutische Leitlinie
 Kein Ergebnis erzielbar

Konkretes Ergebnis / vereinbarte Zielsetzung:

Nächstes Treffen am: _____ **Thema:** _____

Bitte Teilnehmerliste beifügen

Die Teilnehmer stimmen der Weitergabe der Teilnehmerliste durch die KVHB an die jeweiligen Kammern zur Erfassung der Fortbildungspunkte zu.

Ort / Datum

Unterschrift