



FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG QEP®-MULTIPLIKATOREN-SEMINAR

☐ Herr ☐ Frau

Titel Vorname Name

Sind Sie in einer vertragsärztlichen Praxis/ einem MVZ tätig? Falls ja, bitte PLZ und Ort angeben	☐ Ja ☐ Nein
Über welche Ausbildung bzw. Weiterbildung zum Qualitätsmanagement (QM) verfügen Sie?	
Mit welchen QM-Systemen haben Sie Erfahrungen (z. B. QEP, ISO 9001, KTQ, EFQM, EPA)?	
Haben Sie bereits Erfahrungen als Trainerin bzw. Trainer/ Beraterin bzw. Berater?	
Geben Sie Seminare/ Schulungen zum Thema QM?	
Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Telefonnummer an.	

☐ Ich willige ein, dass meine o. g. Angaben zum QEP-Multiplikatoren-Seminar seitens der KBV gespeichert werden.

☐ Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich nehme davon Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Qualität und
Entwicklung in
Praxen®

QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen® ist das Qualitätsmanagement-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Praxen, Kooperationen und MVZ. www.kbv.de/qm