

ANLAGE 3 BEWERBUNG ZUR QUALIFIZIERUNG QEP-VISITOR®

Bitte senden Sie dieses Formblatt mit einem kurzen Lebenslauf und entsprechenden Zeugnissen/
Nachweisen an qqp@kbv.de. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur
Abteilung Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Patientensicherheit
<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/qep>

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname	
Vorname	
ggf. Titel	
Geburtsdatum	
Bitte nennen Sie uns <u>eine</u> Kontaktadresse, unter der Sie als Visitor/in erreichbar sind:	
Postanschrift	
Telefon	
Mobilnummer	
ggf. Fax	
E-Mail-Adresse	
ggf. Website	

2. SELBSTVERPFLICHTUNG

Damit die QEP-Visitoren bei ihrer Tätigkeit ein eindeutiges und möglichst einheitliches Rollenverständnis haben und zeigen, bitten wir Sie, folgende Selbstverpflichtung zu lesen.
Für eine Tätigkeit als QEP-Visitor sollten Sie alle Punkte mit ja beantworten können.

Ich

- › bin von den Prinzipien, Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements (QM) allgemein und der Einführung von QM in Praxen/ MVZ/ Einrichtungen im Besonderen überzeugt.
- › halte QEP-Verfahren für geeignet, QM in Praxen/ MVZ/ Einrichtungen einzuführen und weiterzuentwickeln.
- › halte das QEP-Zertifizierungsverfahren® für geeignet, QM von Praxen/ MVZ/ Einrichtungen zu überprüfen und zu zertifizieren.
- › trage durch Rückmeldungen gegenüber der KBV und den Zertifizierungsstellen zur Weiterentwicklung von QEP® bei.
- › vertrete QEP® positiv gegenüber Dritten.

Ich teile/ unterstütze die in der Selbstverpflichtung aufgeführten Positionen.

☐ ja ☐ nein

3. BERUFSQUALIFIKATION

Es ist **mindestens eine** der folgenden **Berufsqualifikationen** schriftlich nachzuweisen:

- ☐ Abschluss eines Medizinstudiums, sofern zutreffend Facharzt/Fachärztin für _____,
- ☐ Abschluss eines Psychologie- oder Psychotherapiestudiums,
- ☐ Abschluss eines einschlägigen Studiums an einer Universität/ Hochschule in der Europäischen Union und Abschluss einer Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in,
- ☐ Abschluss eines vergleichbaren Studiums an einer Universität/ Hochschule in der Europäischen Union: _____,
- ☐ Abgeschlossene Ausbildung und umfassende Berufserfahrung als Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA), Pflegekraft, Medizinisch-technische/r Assistent/in (MTA) oder andere anerkannte Berufsausbildung im Gesundheitswesen mit einer Zusatzqualifikation analog einer akademischen Ausbildung (Level 6 des European Qualifications Framework).

4. BERUFSERFAHRUNG

Es ist **mindestens eine** der folgenden **Berufserfahrungen** schriftlich nachzuweisen:

- ☐ aktuelle Praxis-/ MVZ-Tätigkeit (Dauer: mindestens ein Jahr) und mindestens dreijährige Berufserfahrung,
- ☐ Praxis-/ MVZ-Tätigkeit (Dauer: mindestens ein Jahr), die zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht länger als fünf Jahre zurückliegt und mindestens dreijährige Berufserfahrung,
- ☐ mindestens dreijährige umfassende Projekt-/ Berufserfahrung im Umfeld „ambulante ärztliche/ psychotherapeutische Versorgung“, z: B. Schulungs-, Trainings-, Beratungstätigkeit (Bewertung/ Anerkennung erfolgt durch die KBV).

5. QUALITÄTSMANAGEMENT-KOMPETENZ

Es ist **mindestens eine** der folgenden **QM-Qualifikationen** schriftlich nachzuweisen:

- ☐ Teilnahme an QM-Schulungen, z.B. Ärztliches Qualitätsmanagement nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (über mindestens 120 Stunden), und idealerweise eine DIN EN ISO 19011 basierte Auditorenschulung,
- ☐ Tätigkeit als Auditor/in/ Visitor/in mit Nachweis über die Durchführung von mindestens fünf Audits/ Visitationen als Auditor/in/ Visitor/in in einem anderen Zertifizierungsverfahren und idealerweise eine DIN EN ISO 19011 basierte Auditorenschulung.

6. QEP-KOMPETENZ

Es ist **mindestens eine** der folgenden praktischen **Erfahrungen mit QEP®** schriftlich nachzuweisen:

- ☐ QEP® in der eigenen Praxis/ im MVZ/ in der Einrichtung,
- ☐ QEP-Trainer/in mit durchgeführten QEP-Einführungsseminaren,
- ☐ QEP-Erfahrungen aus anderen Bereichen, z. B. der Beratung ambulanter Einrichtungen.

7. SOZIALE KOMPETENZ

- ☐ Ich verfüge über die soziale und kommunikative Kompetenz, die zur erfolgreichen Durchführung einer QEP-Visitation erforderlich ist.

8. AUSSCHLUSSKRITERIEN

- ☐ Ich bin kein/e
 - › Inhaber/in/ Mitarbeiter/in von Firmen, die Medizinprodukte herstellen,
 - › Inhaber/in/ Mitarbeiter/in von Unternehmen der Pharmazeutischen Industrie,
 - › Inhaber/in/ Mitarbeiter/in von Firmen für Praxissoftware.

Ort, Datum

Unterschrift