

An alle  
Vertragsärztinnen und Ärzte  
und Vertragspsychotherapeuten

**Der Vorstand**  
Qualitätssicherung/Bz  
Tel.: 030 / 31 00 3 - 994  
Fax: 030 / 31 00 3 - 305  
e-mail: [gs@kvberlin.de](mailto:gs@kvberlin.de)

23.01.2006

## **Informationsseminare „Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich“ in der KV Berlin**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die vom Gemeinsamen Bundesausschuss im letzten Oktober beschlossene Qualitätsmanagement-Richtlinie ist seit dem 01.01.2006 in Kraft. Die Richtlinie legt den zeitlichen Rahmen zur Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems fest und gibt die Inhalte vor. Sie sind verpflichtet, in den nächsten zwei Jahren ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und in weiteren zwei Jahren umzusetzen. Zur Unterstützung bei der Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe veranstaltet die KV Berlin für Ärzte und Psychotherapeuten Informationsseminare zum Thema:

### **„Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich“**

Ein Informationsseminar dauert zweieinhalb Stunden. Die Informationsseminare finden jeweils von **10:00–12:30 Uhr** sowie von **14:00–16:30 Uhr** an folgenden Tagen statt:

Für die Ärzte und Psychotherapeuten aus dem Norden Berlins (Lichtenberg/Hohenschönhausen, Marzahn/Hellersdorf, Mitte/Tiergarten/Wedding, Pankow/Prenzlauer Berg/Weißensee, Reinickendorf, Spandau):

#### **Montag, den 06.02.06**

in den Räumen der KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin, 1.UG Tagungsraum 2

#### **oder Dienstag, den 07.02.06**

in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, Konferenzsaal im Erdgeschoss

Für die Ärzte und Psychotherapeuten aus dem Süden Berlins (Charlottenburg/Wilmersdorf, Friedrichshain/Kreuzberg, Neukölln, Tempelhof/Schöneberg, Treptow/Köpenick, Steglitz/Zehlendorf):

**Donnerstag, den 09.02.06 oder Freitag, den 10.02.06**

in den Räumen der KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin, 1.UG Tagungsraum 2

Für die Teilnahme erhalten Sie 4 Fortbildungspunkte.

Wir bitten Sie, sich zu diesen kostenlosen Seminaren mit dem beiliegenden Antwortfax anzumelden und aus Sicherstellungsgründen bitte auch mitzuteilen, an welchen Tagen Sie beabsichtigen, Ihre Praxis zu schließen.

Anliegend erhalten Sie auch das Seminarangebot 2006 der KV Berlin mit Themen rund um die Praxistätigkeit und das neue Programm unserer KV-Sprechstunde mit Veranstaltungen für Ihre Patienten. Weitere Exemplare zum Auslegen in der Praxis können Sie bei uns in der KV gerne erhalten. Informationen finden Sie auch im Internet unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de).

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Angelika Prehn

Dr. Uwe Kraffel

Burkhard Bratzke

## **Anlagen**

Antwortfax für die Seminarteilnahme und Praxisschließung

## Antwortfax

Bitte bis zum 01.02.2006 zurück an die Fax-Nr. 030/31003 305 senden.

### 1. Anmeldung zum Seminar

Hiermit melde ich mich / wir uns verbindlich zur Teilnahme an folgendem Informationsseminar „**Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich**“ der KV Berlin an:

#### Bereich Norden

Lichtenberg/Hohenschönhausen, Marzahn/Hellersdorf, Mitte/Tiergarten/Wedding, Spandau, Pan-kow/Prenzlauer Berg/Weißensee, Reinickendorf

#### **In den Räumen der KV Berlin:**

Montag, den 06.02.06, 10.00 -12.30 Uhr

Montag, den 06.02.06 14.00 -16.30 Uhr

#### **In den Räumen der Ärztekammer Berlin:**

Dienstag, den 07.02.06, 10.00 -12.30 Uhr

Dienstag, den 07.02.06, 14.00 -16.30 Uhr

#### Bereich Süden

Charlottenburg/Wilmersdorf, Friedrichshain/Kreuzberg, Neukölln, Tempelhof/Schöneberg, Treptow/Köpenick, Steglitz/Zehlendorf

#### **In den Räumen der KV Berlin:**

Donnerstag, den 09.02.06, 10.00 – 12.30 Uhr

Donnerstag, den 09.02.06 14.00 -16.30 Uhr

Freitag, den 10.02.06, 10.00 – 12.30 Uhr

Freitag, den 10.02.06, 14.00-16.30 Uhr

Ich / wir nehmen mit ..... Personen am Informationsseminar teil.

### 2. Praxisschließung

**Ich/ wir beabsichtige/n, an folgenden Tagen die Praxis zu schließen:**

Montag, den 06.02.2006

Dienstag, den 07.02.2006

Donnerstag, den 09.02.2006

Freitag, den 10.02.2006

#### **Angaben zur Person**

Name, Vorname: .....

Praxisanschrift bzw. -stempel : .....