Meldeformular zur Mitarbeit in einem strukturierten Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie (PTQZ)

zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 b SGB V

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Per Fax an die HÄVG unter: 0711 – 21747 699 oder per E-Mail an: veranstaltungen@hausarzt-bw.de

Hinweis: die PTQZ Teilnahme ist nach §73b SGB V verpflichtend.

Stammdaten

☐ Allgemeinmedizin ☐ Andere Fachrichtung

☐ Herr ☐ Frau Titel LANR BSNR

Nachname Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer

E- Mailadresse

☐ Ja, ich habe den HZV-Vertrag unterzeichnet und bin zurzeit tätig in einer

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ BAG ☐ ÜBAG

☐ als Assistent/in mit …… Partnern

☐ Ja, ich bin bereits Mitglied eines PTQZ, in dem Hausärzte zusammenarbeiten.

Name des Moderators

……

Name des Qualitätszirkels/ Ort (bitte nur eine Angabe)

……

☐ Nein, ich bin noch kein Mitglied eines PTQZ. Bitte organisieren sie für mich die Teilnahme an einem PTQZ in Ortsnähe. Für die PTQZ Teilnahme bevorzuge ich folgenden Ort bzw. folgende Region (bitte angeben):

……..

Unterschrift Vertragsarzt/ärztin

Datum (TT.MM.JJJJ)

Im Falle einer Kündigung des HZV-Vertrags erlischt die Datenfreigabe