

## ANLAGE 5 BASISINFORMATIONEN QEP-ZERTIFIZIERUNG

Folgende Angaben bitten wir mit größter Sorgfalt auszufüllen, da diese die Grundlage sind für die Kostenkalkulation durch die Zertifizierungsstelle, den Zertifizierungsumfang (Zertifikatstitel) und die Visitationsplanung sowie ggf. für die Veröffentlichung durch die KBV.

Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter dem Begriff „Arzt“ zusammengefasst.

### ANTRAGSTELLEND E EINRICHTUNG

STAMMDATEN	IHRE ANGABEN		
Name der Einrichtung			
Rechtsform   Organisationsform			
<b>Anzahl</b> Standorte   KV-Zulassungen   Fachgebiete <sup>1</sup>			
<b>Anzahl</b> angestellte Ärzte   nichtärztl. Angestellte			
Anschrift des Hauptsitzes			
Hauptansprechperson   Kontakt			
Eigentümer			

### STANDORTE

Teilen Sie uns bitte detaillierte Angaben zum Hauptstandort und zu Ihren Filialen (Nebenstandorten) mit, sofern diese vorhanden sind.

#### ANSCHRIFTEN

NR.	TYP	STRASSE	PLZ	ORT	BSNR	KV
1						
2						
3						

<sup>1</sup> Allgemeinmedizinische und internistische hausärztliche Versorgung zählen hier abweichend als ein Fachgebiet. Weitere medizinische Fachgebiete gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO).

Bitte vergeben Sie je Standort eine eindeutige Nummer. Typ: Hauptstandort (H), Filiale (F)

### ZERTIFIZIERUNGSSPEZIFIKA

NR.	KV-ZULASSUNGEN	FACHGEBIETE	ANGESTELLTE ÄRZTE	NICHTÄRZTL.PERSONAL
1				
2				
3				

### ANSPRECHPARTNER

NR.	ANSPRECHPARTNER	FUNKTION	TEL.	E-MAIL
1				
2				
3				

Tragen Sie bitte in die erste Spalte die **Nummer des Standortes** ein, so wie unter „Anschriften“ und tragen mindestens eine Ansprechperson samt Kontaktdaten ein.

## VERÖFFENTLICHUNG

Die KBV bieten Ihnen bei erfolgreicher Zertifikatserteilung die Möglichkeit zur Veröffentlichung Ihrer Praxisdaten. Sofern Sie dem zustimmen, bitten wir Sie in der untenstehenden Tabelle Ihre Einwilligung zu erteilen.

VERÖFFENTLICHUNG	IHRE DATEN   ZWECK	DATUM, UNTERSCHRIFT
Liste QEP- zertifizierter Einrichtungen auf der Internetseite der KBV	Ihr Praxisname samt Anschrift, Tel., Zertifizierungszeitraum, ggf. Internetseite. <b>Zweck:</b> Information der Öffentlichkeit über vorbildliche bzw. QEP-zertifizierte Praxen	
Aufnahme in die 116117-App und Kennzeichnung zertifizierter Einrichtungen mit einem Qualitäts-Logo „Q“.	Ihr Praxisname samt Anschrift, Tel., ggf. Internetseite. <b>Zweck:</b> Bereitstellen von Praxisdaten für die Benutzer der 116/117-App	
Weitergabe an Ihre Kassenärztliche Vereinigung zum Zweck der Beglückwünschung nach der (Re-) Zertifizierung	Ihr Praxisname samt Anschrift, Tel., Zertifizierungszeitraum. <b>Zweck:</b> einmalige Kontaktaufnahme der KV und Versand einer Beglückwünschung.	