

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.

ANTRAGSTELLEND E EINRICHTUNG

STAMMDATEN	IHRE ANGABEN		
Name der Praxis/ MVZ/ Einrichtung			
Inhaber/in, Betreiber/in			
Rechtsform ¹			
Organisationsform ²			
Anschrift			
Strukturangaben (Anzahl)	Vertragsarztsitze:	Standorte:	Fachgebiete ³ :
Personen/Team (Anzahl)	Ärzte und Psychotherapeuten:	nichtärztliche Mitarbeitende:	
Ansprechperson			
Kontakt (Telefon/E-Mail)			

¹ Einzelunternehmen, Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Partnergesellschaft (PartG) oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

² Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Praxisnetze, Jobsharing

³ Allgemeinmedizinische und internistische hausärztliche Versorgung zählen hier abweichend als ein Fachgebiet. Weitere medizinische Fachgebiete gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO).

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	H					
2	F					
2	F					

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

STANDORTBESCHREIBUNG

NR.	VERTRAGSARZTSITZE	FACHGEBIETE	TÄTIGE ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN (ANZAHL)	NICHTÄRZTL. MITARBEITENDE (ANZAHL)
1				
2				
3				

ANSPRECHPERSON PRO STANDORT

NR.	ANSPRECHPERSON (NAME)	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.

EINWILLIGUNG UND VERÖFFENTLICHUNG

Die KBV bieten Ihnen bei erfolgreicher Zertifikatserteilung die Möglichkeit zur kostenfreien 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. Zweck: 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. Zweck: Bereitstellen von Praxisdaten für die Benutzer der 116/117-App	
Weitergabe an Ihre Kassenärztliche Vereinigung, um auf Ihr besonderes Qualitätsengagement hinzuweisen	Ihr Praxisname samt Anschrift, Tel., Zertifizierungszeitraum. Zweck: Hinweis auf erfolgreiche QEP-Zertifizierung.	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Inhaber/in / Betreiber/in