



An alle QZ-Moderatoren

11. Juni 2019

Erinnerung

Einladung zum QZ-Moderatorenenaufbau-, und Akkreditierungskurs nach § 73b SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach den Vorgaben der HZV-Verträge, können nur vom HÄV anerkannte QZ die Vorgaben der HZV-Verträge erfüllen. Deshalb benötigen die Moderatoren, die Qualitätszirkel leiten, nach den Vorgaben ein jährliches Update um die Qualifikation zu erhalten oder zu behalten.

Das aktuelle Schwerpunktthema:

- **Pharmakotherapie im Alter**
- **Therapieadaption bei Hitzewellen**

Termin: 28.06.2019, 15:00 -18.30 Uhr

Die Schulungskosten betragen: 100 € Nichtmitglieder / Mitglieder kostenfrei.

Für Moderatoren, die **noch nicht** beim Hausärzterverband akkreditiert sind, ist diese Veranstaltung Bestandteil der Akkreditierung. Bitte reichen sie zudem die 2 letzten Protokolle des von Ihnen moderierten QZ ein. Diese sind Bestandteil der Qualifizierung.

Die Veranstaltung wird zertifiziert. Bitte denken Sie an Ihr Barcodeetikett!

Beachten Sie, dass nur Moderatorinnen und Moderatoren teilnehmen können, die selber an HZV-Verträgen teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Oliver Funken
1. Vorsitzender

Anmeldung

Hausärzteverband Nordrhein e.V.

02203-5756-2910

	Termin	Thema	Referent(en)	Schulungsort
<input type="checkbox"/>	Fr. 28.06.2019; 15:00 – 18:30 Uhr	Pharmakotherapie	Dr. Oliver Funken	Geschäftsstelle Edmund-Rumpler- Str. 2

Zur Fortbildung **QZ Moderatorenaufbaukurs** melde ich **mich mit oben angekreuztem Termin verbindlich** an. (Nichtmitglieder 100 EUR inkl. MwSt./ Mitglieder kostenfrei)

Sie erhalten nach Bearbeitung der eingegangenen Anmeldung eine Bestätigung, **Nichtmitglieder** noch zusätzlich eine **Rechnung**.

Eine Anfahrtsskizze kann angefordert werden.

Evtl. Absagen müssen bis spätestens 8 Tage vor Beginn der Fortbildung erfolgen, sonst fällt eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 20 € an! Bei Nichterreichen der notwendigen Seminarteilnehmerzahl oder aus anderen, vorher nicht erkennbaren Gründen, behält sich der Hausärzteverband Nordrhein e. V. vor, den Schulungstermin kurzfristig schriftlich abzusagen.

Arzt/Ärztin

Vorname	Nachname
---------	----------

Praxisadresse

Telefon mit Vorwahl	Fax-Nr.
---------------------	---------

Email

Ort/Datum

Praxisstempel/Unterschrift