

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Katharina Flindt / Cornelia Wehner  
**Qualitätssicherung**  
Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg

Faxnummer: 22 80 2 – 420  
E-Mail: qualitaetssicherung@kvhh.de

**Nachweis der Qualifikation des medizinischen Personals  
im Rahmen der Überprüfung der Strukturqualität des  
DMP Asthma/COPD Vertrags**

Hiermit bestätige ich,

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

dass mein Personal im **Jahr** \_\_\_\_\_ geschult wurde (z.B. Notfallschulung des Teams).

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arzt Name in Druckbuchstaben/ + Unterschrift des Arztes\*

\* Bitte darauf achten, dass der Name des Arztes bzw. der Praxis eindeutig erkennbar sind, da der Stempel oft nicht übertragen wird