

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
 Qualitätssicherung  
 Fr. Pfeifer / Hr. Bauer / Fr. Goldmann  
 Humboldtstraße 56  
 22083 Hamburg

**Ansprechpartner**  
 Sabrina Pfeifer 040 22 80 2-858  
 Michael Bauer 040 22 80 2-388  
 Laura Goldmann 040 22 80 2-574  
 Telefax 040 22 80 2-576  
 qualitaetsmanagement@kvhh.de

**Anmeldung zu folgendem QM Seminar:**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Seminarthema</b>       | <b>Strukturierte medizinische Ersteinschätzung am Telefon und in der Praxis</b> |
| <b>Datum</b>              | Mittwoch, 19.05.2021 (09:30 bis 17:00 Uhr)                                      |
| <b>Veranstaltungsort</b>  | KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg                                    |
| <b>Teilnahmegebühr</b>    | 149,- € (inkl. Seminar Getränke und Imbiss)                                     |
| <b>Fortbildungspunkte</b> | 12 CME  |
| <b>Zielgruppe</b>         | Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal                                     |
| <b>Referenten</b>         | GetYourDoc – Sigrid Rybka   |
| <b>Hinweis</b>            | Das Seminar findet ab 8 Teilnehmern statt.                                      |

**Teilnehmerangaben (Druckbuchstaben):**

| Arzt /<br>Ärztin         | Personal                 | Vorname | Nachname | Geschlecht               |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------|----------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |         |          | m                        | w                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Praxisdaten / Rechnungsadresse:**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebenen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an die o. g. Firma weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden: · Allgemeiner Schriftverkehr · Ausstellung von Zertifikaten/Teilnahmebescheinigungen · Rechnungen · Statistiken. Die Daten werden nach gesetzlicher Vorgabe regelmäßig gelöscht und Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihr Einverständnis zur Datenweitergabe zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
 Arztstempel

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift