

Bitte per FAX oder E-Mail an:

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966

E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de



CoC Qualitätssicherung

Information über die Durchführung einer Fallkonferenz oder regionalen Netzwerkkonferenz nach § 4 QSV MRSA und zur Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Veranstalter*

(Name, Vorname, Organisation)

Veranstaltungsdatum / -zeit*:

Veranstaltungsort*:

E-Mail und/oder Telefonnummer* (für Anmeldungen)

Veranstaltung

MRSA-Fallkonferenz

Regionale Netzwerkkonferenz zu MRSA/MRE

Eingeladene Teilnehmer

Name/Institution

Vertreter des Öffentlichen Gesundheitswesens

Facharzt für Labormedizin und/oder Mikrobiologie

Hygienebeauftragter - regionales Krankenhaus

Vertreter regionales Pflegeheim

Vertreter der KVB (optional)

Themen der Veranstaltung

Aktuelle Resistenzlage in der Region

Zahlen: Entwicklung MRSA-Infektionen

Regionale Besonderheiten

Weitere Themen:

Optional: Fortbildungspunkte für ärztliche Teilnehmer bei der Bayerischen Landesärztekammer beantragt

Ja

Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben und bin mit der Veröffentlichung der Daten (*) auf der MRSA-Webseite der KVB einverstanden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Wird von KVB ausgefüllt:

Veranstaltung wird als MRSA-Fallkonferenz/Regionale Netzwerkkonferenz im Sinne der QSV MRSA genehmigt: Ja

Nein

Datum, Stempel, Unterschrift