

Bitte per FAX an:
09 11 / 9 46 67 – 66 317



Qualitätssicherung

Information über die Durchführung einer Fallkonferenz oder regionalen Netzwerkkonferenz nach §4 Nr. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA und zur Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Veranstalter*
(Name, Vorname, Organisation) _____

Veranstaltungsdatum / -zeit*: _____

Veranstaltungsort*: _____

Email und/oder Telefonnummer* (für Anmeldungen) _____

Veranstaltung

MRSA-Fallkonferenz Regionale Netzwerkkonferenz zu MRSA/MRE

Eingeladene Teilnehmer

Name/Institution

Vertreter des Öffentlichen Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>
Facharzt für Labormedizin oder Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragter regionales Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Vertreter regionales Pflegeheim	<input type="checkbox"/>
Vertreter der KVB (optional)	<input type="checkbox"/>

Themen der Veranstaltung

Aktuelle Resistenzlage in der Region	<input type="checkbox"/>
Zahlen: Entwicklung MRSA-Infektionen	<input type="checkbox"/>
Regionale Besonderheiten	<input type="checkbox"/>

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 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA genehmigt: Ja

Nein

Datum, Stempel, Unterschrift