



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe

Abteilung QE/QM

Robert-Schimrigk-Str. 4-6

44141 Dortmund

## KPQM-Trainerlizenz

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die KPQM-Trainerlizenz. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die nachfolgenden Anforderungen erfülle.

- Qualifikation: FA/PP-Qualifikation zur Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung
- Praktische Erfahrungen in der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Praxis
- QM-, möglichst KPQM-Erfahrungen
- Trainererfahrung
- KPQM-Train the Trainer-Schulung mit Abschlussgespräch/Prüfung
- Jährliche Teilnahme am Erfahrungsaustausch
- Persönliche Leistungserbringung
- Nutzung ausschließlich der KPQM-Schulungsmaterialien
- [nachrangige Verpflichtung zur Ausstellung] Teilnehmernachweise und Meldung an die KVWL
- [nachrangige] Zahlung des Nutzungsentgeltes

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel