 Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts	<b>Peer Review</b> <b>Allgemeinmedizin</b>	Anlage 2
		Vorbereitungsphase Visitenkarte

## VISITENKARTE

Name:

Adresse (Praxis/Institution):

Telefon:  
Email:  
Homepage:

Art der Praxis/Institution (MVZ, Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis)

Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnungen:

Praxisgröße (Zahl d. Tätigen Ärztinnen/Ärzte, MFA, ggf. grobe Scheinzahl):

Interesse an:

Besonderheiten der Praxis/Institution:

Ja, ich stehe für den Peer Pool der Ärztekammer zur Verfügung. Ich stimme zu, dass meine Kontaktdaten von der Sächsischen Landesärztekammer Ärztekammer an interessierte Kolleginnen/Kollegen weitergegeben werden, um nach individueller Absprache ein für beide Seiten freiwilliges Peer Review zu planen. Diese Vereinbarung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen ohne, dass mir Nachteile entstehen.


Ich habe an einer Schulung zum Peer in der Allgemeinmedizin am \_\_\_\_\_ teilgenommen.

**Interesse (bitte ankreuzen):**

- Ich stehe als Besucher für Peer Reviews in anderen Praxen zur Verfügung.
- Ich wünsche einen Peer Besuch in meiner Praxis:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

 Ärztekammer Schleswig-Holstein	Erstellt am	Anlage 2 zur Richtlinie PRA Visitenkarte
	Seite 1 von 1	