



RÜCKANTWORT

an die Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Liebe Peers,

wir bedanken uns sehr herzlich für Ihr Engagement.

Bitte teilen Sie uns **hiermit** mit, dass der Peer Review Besuch in Ihrer Praxis (Institution) stattgefunden hat, bzw. dass Sie eine Praxis (Institution) besucht haben.

Der Feedbackbogen ist streng vertraulich und **nur** für die besuchte Praxis (Institution) bestimmt.

Den Bogen „Behandelte Themen“ und den Evaluationsbogen senden Sie bitte in einem Rückumschlag verschlossen - nach Bildung eines Codes für die Anonymisierung (erforderlich, um die „Peer-Paare“ zusammenführen zu können) - zusammen mit diesem Formular „Rückantwort an die ÄK“ (zweiter Rückumschlag) an die Sächsische Landesärztekammer, die die Funktion der Koordinierungsstelle innehat. Die Ärztekammer leitet den verschlossenen Umschlag an das Institut für Allgemeinmedizin an der CAU im Kiel weiter, welches für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation zuständig ist.

Ein kollegialer Besuch im Rahmen des Peer Review Verfahrens in der Allgemeinmedizin hat am

_____ in folgender Einrichtung _____ (gerne auch Stempel)
Datum

von _____ Uhr bis _____ Uhr stattgefunden.

Besucher:

Besucher:

Name (Druckbuchstaben)

Name (Druckbuchstaben)

Adresse

Adresse

Datum, Unterschrift
(Peer – Besucher)

Datum, Unterschrift
(Peer – Besucher)

Bei Fragen steht Ihnen die Ärztekammer Schleswig-Holstein als Koordinierungsstelle für das Peer Review Verfahren in Schleswig-Holstein sehr gerne zur Verfügung, Abteilung Qualitätsmanagement, Dr. Uta Kunze, 04551 803 302, qm@æksh.de