ANMELDUNG

zum Peer Review Allgemeinmedizin im Freistaat Sachsen
an die
Sª chsische Landesª rztekammer
Sch¿tzenhº he 16
01099 Dresden

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Peer Review-Verfahren in der Allgemeinmedizin an:

Name, Vorname:

Institution:

Adresse:

Telefon:

Email:

Ich habe Interesse daran (zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ in meiner Praxis (Arztnetz/MVZ) besucht zu werden

☐ eine andere Praxis (Arztnetz/MVZ) zu besuchen

Weitere Angaben:

☐ Ich habe an einer Schulung zum Peer in der Allgemeinmedizin in Anlehnung an das Curriculum der Bundesª rztekammer am in teilgenommen.

☐ Ich habe noch an keiner Schulung zur Qualifikation als Peer in der Allgemeinmedizin teilgenommen.

Angaben zum/zur Peer Review-Partner /-in (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Mein/-e Peer Review-Partner/-in steht bereits fest:

Name, Vorname:

Adresse:

☐ Ich habe noch keine/-n Peer Review Partner/-in.
Bitte unterst¿tzen Sie mich bei der Auswahl.

Datum _____ Unterschrift _____