

Qualitätszirkel/Netzkonferenzen

Aufgabe eines Qualitätszirkels im GO IN Netz ist es, Leitlinien für medizinisch wichtige Bereiche unter Berücksichtigung aktueller und wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gestalten und an die Netzärzte weiterzugeben.

Ziel dieser Veranstaltungen ist die kollegiale Kooperation, Transparenz der medizinischen Leistungen und das Erreichen von Wirtschaftlichkeit. Die Ärztinnen und Ärzte von GO IN erarbeiten diagnostische und therapeutische Strategien zur Steigerung der medizinischen und wirtschaftlichen Effektivität. Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Entscheidungen von Ärzten und Patienten über eine im Einzelfall angemessene Versorgung ermöglichen sollen. Als Instrumente dienen unter anderem Einzelfallbesprechungen, Erarbeitung von indikationsbezogenen Therapie-, Diagnose- und Arzneimittelempfehlungen.

Die Mitglieder des „Regionalen Praxisnetzes GO IN“ verpflichten sich, regelmäßig an (medizinischen) Qualitätszirkeln, Netzmanagement-Arbeitsgruppen und Netzkonferenzen teilzunehmen. Die Netzmanagement-Arbeitsgruppen werden themenbezogen zur Lösung netzinterner Probleme und Aufgaben eingerichtet. Nach Erledigung der gestellten Aufgabe löst die Arbeitsgruppe sich wieder auf. Es wird einen Themenkatalog für zu gründende Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen geben, der fortlaufend aktualisiert wird. Da das Praxisnetz großen Bedarf an ausgebildeten Moderatoren hat, sollen sich möglichst viele Netzärzte an der Ausbildung zu Moderatoren beteiligen.

Bitte die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse schicken oder faxen

Praxisnetz GO IN e.V.
Oberer Grasweg 50
85055 Ingolstadt
Fax: 0841 88668-18

TEILNAHMEERKLÄRUNG „Qualitätszirkel“

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der Qualitätszirkelarbeit mitzuwirken.

☐ Ich habe eine Moderatorenausbildung

☐ Ich erkläre mich bereit folgenden Qualitätszirkel zu moderieren:

Ich möchte an folgendem(n) Qualitätszirkel(n) teilnehmen:

(Bitte Bezeichnung und laufende Nummer der / des gewünschten Qualitätszirkel/s angeben)

1.
2.
3.
Name

Einladungen zum QZ möchte ich erhalten

☐ per Fax ☐ per E-Mail (vgl. Angaben auf Formular "Beitrittserklärung")

Datum / Unterschrift

Praxisstempel