KTQ-Stopp-Meldung Praxen und MVZ (Version 1.1 vom 16.08.2012)

Diese Stopp-Meldung ist unterschrieben per Fax von der Zertifizierungsstelle an die KTQ zu senden. Die Ausfüllhinweise entnehmen Sie bitte dem aktuell gültigen KTQ-Dokument *VERBINDLICHE REGELUNGEN ZUM ABLAUF DER KTQ-FREMDBEWERTUNG.* Bei einer Verbundzertifizierung nutzen Sie für das/die Nebenverfahren weitere Stopp-Meldungen.

|  |  |
| --- | --- |
| Exakter Einrichtungsname (entspricht dem Zertifikatstext) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hauptverfahren/Nebenverfahren | Wählen Sie ein Element aus. |
| Weitere an der Zertifizierung beteiligte Einrichtungen | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Träger der Einrichtung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geschäftsführung  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontakt GF (E-Mail und Tel.) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| KTQ-Ansprechpartner | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontakt (E-Mail und Tel.) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| IK-Nummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Manual & Version | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Erst- bzw. Rezertifizierung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anzahl approbierter Ärzte (Vollzeit) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Startdatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Enddatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Visitationstage  | 1 o. 2 |
| Konfidenz  | nein / ja |
| Zertifizierungsstelle | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vertragsdatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| KTQ-Visitoren: |
| Ärztlicher Visitor Praxen&MVZ | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Med. Fachangestellte Visitor | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| MTA Visitor | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Angaben zur KTQ-ZERTIFIZIERUNGSSTELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name oder Stempel  | Name des Ansprechpartners | Datum, Unterschrift  |
|  |  |  |