

## Einführung von Berichts- und Lernsystemen in niedergelassenen Praxen

### Ziel und Dauer

Bei diesem Vorhaben werden Arztpraxen dabei unterstützt, ein Berichts- und Lernsystem einzuführen und effektiv zu nutzen. Die Begleitung erfolgt durch [Name der Organisation]. Das Programm beginnt am [Datum] und endet [nach 12 Monaten]. Während dieser Zeit werden Workshops, Online-Schulungen und Webinare angeboten und Sie erhalten regelmäßig praktische Informationen rund um das Thema Fehlermanagement.

### Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit die freiwillige Teilnahme unserer Praxis an dem 12-monatigen Programm zur Förderung von systematischem Fehlermanagement. Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass wir jederzeit und ohne Angaben von Gründen die Teilnahme zurückziehen können. Durch meine Unterschrift erlaube ich [dem Organisator], sich mit mir und der unten genannten Ansprechperson in Verbindung zu setzen und relevante Informationen zum Thema zu schicken (z.B. Unterstützungsmaterialien, Fragebögen, monatliche Info-Mails).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name (Vertretungsberechtigte/r der Praxis) Unterschrift

### Ansprechpartner/in ist in unserer Praxis:

Name und Vorname \_\_\_\_\_  
Beruf/Funktion in der Praxis \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Praxis \_\_\_\_\_

Alle Daten werden nur zum Zwecke des Programms erhoben. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sämtliche Daten werden auf passwortgeschützten Datenträgern gespeichert und 10 Jahre aufbewahrt. Nach dieser Zeit werden alle personenbezogenen Daten und Dokumente vernichtet. Bei einer Datenübertragung wird auf Verschlüsselung der Übertragungswege geachtet.