

Fragebogen  
Zahnärztliche Qualitätszirkel  
der Zahnärztekammer Berlin



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadtbezirk: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel: \_\_\_\_\_

**A) Ich *bin aktives Mitglied* in folgendem Qualitätszirkel:**

1) Treffpunkt (z. B. Praxisname): \_\_\_\_\_

Stadtbezirk: \_\_\_\_\_

Moderator/in: \_\_\_\_\_

Qualitätszirkel besteht seit: \_\_\_\_\_

Termine pro Jahr: \_\_\_\_\_

Anzahl Mitglieder: \_\_\_\_\_

2) Ich bin: Mitglied  Moderator/in

Ich habe an einer Moderatoren-Schulung teilgenommen: Ja  Nein

Letzte Schulung: \_\_\_\_\_

Ich habe Interesse an einer Moderator/innen-Schulung: Ja  Nein

3) Welche speziellen Themen werden im Qualitätszirkel behandelt?

\_\_\_\_\_

Wechselnde Themen, z. B.: \_\_\_\_\_

Interdisziplinär: Ja  Nein

Wenn ja, welche anderen Disziplinen nehmen teil?

\_\_\_\_\_

4) Besteht die Möglichkeit zur Aufnahme weiterer Mitglieder? Ja  Nein

## B) Ich *möchte* in einem Qualitätszirkel *aktiv werden*:

1) Ich interessiere mich für einen bestehenden Qualitätszirkel: Ja  Nein

2) Ich interessiere mich für die Gründung eines Qualitätszirkels: Ja  Nein

3) Ich interessiere mich für eine Moderatoren-Schulung: Ja  Nein

4) Bevorzugte Themenfelder:

speziell, wie folgt: \_\_\_\_\_

wechselnd, wie folgt: \_\_\_\_\_

Interdisziplinär mit folgenden Fachdisziplinen: \_\_\_\_\_

---

## Einverständniserklärung:

Mit der Aufnahme und Veröffentlichung ausschließlich meines Namens und meiner Kommunikationsdaten in eine von der Zahnärztekammer Berlin erstellte Liste „Berliner Qualitätszirkel“ bin ich einverstanden. Dadurch können sich interessierte Kolleginnen und Kollegen mit mir in Verbindung setzen.

Ja  Nein

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_