Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität
in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Rückmeldung
per E-Mail: info@lqmv.de oder Fax: 0385 5923 9902

Formular zur Registrierung für das Qualitätsmanagementportal (www.qb-mv.de)

- Das Qualitätsmanagementportal der LQMV e.V. ermöglicht den Datenaustausch zwischen den Verfahrensbeteiligten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V. mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Der Datenaustausch umfasst die Bereitstellung von Informationen und Berichten, die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens, die Freigabe der Ergebnisse für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Teil C1) u.a.m.
- Die Benutzer sind für die ihnen jeweils zugeordnete medizinische Einrichtung verantwortlich für eine fristgemäße Umsetzung der Aufgaben, die sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V. mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ergeben.
- Für die Nutzung des Qualitätsmanagementportals ist eine personenbezogene Registrierung erforderlich. Die Datenerfassung erfolgt ausschließlich zum Zweck des Datenaustausches. Detaillierte Angaben zum Datenschutz sind in der Datenschutzerklärung aufgeführt.

Anrede		Titel	
Nachname		Vorname	
Abteilung		Zusatz	
Funktion		E-Mail	
Telefon		Fax	
Einrichtung			
Zusatz			
Straße			
PLZ		Ort	
Institutskennzeichen bzw. Betriebsstättennummer		Standort-Nr. (9stellig)	

☐ Ich melde mich für den Newsletter der LQMV e.V. an.

Hiermit bestätige ich, dass ich

☐ vom Krankenhaus als Ansprechpartner für die Qualitätssicherung benannt wurde.

☐ in der Praxis verantwortliche Person für die Qualitätssicherung bin.

☐ Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift