

Bitte faxen Sie uns den in Druckbuchstaben
ausgefüllten Anforderungsbogen zurück.

Fax: (0 61 51) 1 58-517

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Anforderung für Patientenbefragung

Betriebsstättennummer: _____

Praxisart: EP GMP MVZ

Praxisname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner
in der Praxis: _____

Praxislogo vorhanden und
Wunsch nach Einpflege: Ja * Nein

* Bitte senden Sie Ihr Praxislogo (Format: .jpg /.pdf) bis spätestens 15 Tage vor
Befragungsbeginn an: QM-info@kvhessen.de

Terminwunsch für Befragungsbeginn: _____

Für die Durchführung der Patientenbefragung erhalten Sie folgende Unterlagen:

- 100 Patientenfragebögen
- 1 Rückumschlag für die Rücksendung der Fragebögen (bitte ausreichend frankieren)

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel

Vielen Dank
Ihr Team Qualitätsmanagement und
Fort- und Weiterbildung für Mitglieder der KV Hessen