



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe

Abteilung QE/QM

Robert-Schimrigk-Str. 4-6

44141 Dortmund

## KPQM-Auditorenlizenz

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die KPQM-Auditorenlizenz. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die nachfolgenden Anforderungen erfülle.

- Nutzung der Formulare
- Qualifikation: FA/PP-Qualifikation zur Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung
- Nachweis von mindestens 100 Std. QM-Weiterbildung, davon mind. 40 QM-Auditoren-Weiterbildung
- Auditerfahrung (mindestens 5 Traineeaudits)
- KPQM-Auditorenschulung mit Abschlussgespräch/Prüfung
- Jährliche Teilnahme am Erfahrungsaustausch

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel