

## Formblatt Qualitätszirkel

Name des Moderators / der Moderatorin: \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

### Teilnehmerliste:

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Unterschrift
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Die Qualitätszirkelsitzung fand unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen gemäß §5 der Fortbildungsordnung der Zahnärztekammer Bremen und der Leitsätze der Bundeszahnärztekammer / DGZMK statt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Moderators bzw. der Moderatorin

**Bitte das Protokoll über die Qualitätszirkelsitzung beifügen!**