

Informationen zum Praxis-Partnerinnen-System

Was ist eine Praxis-Partnerin?

Praxis-Partnerinnen sind Mitarbeiterinnen der Mitglieder des PRAXINETZ Kiel e. V. Sie sind eine wertvolle Verbindung zu den Arztpraxen und helfen wichtige Informationen zu übermitteln und Gelerntes umzusetzen.

Das Praxis-Partnerinnen-System wurde für engagierte MFAs und Arzthelferinnen ins Leben gerufen, die Spaß an aktiver Mitarbeit haben und ist in Abgrenzung zum Dialogpartnerinnen-System der Ärzttegenossenschaft Nord eG ein **praxisnetzinternes System**, das durch das PRAXISNETZ Kiel e. V. organisatorisch unterstützt wird.

Praxis-Partnerin = Mitarbeiterin i. d. Praxis eines Mitgliedes des PRAXISNETZ Kiel e. V.

Dialogpartnerin = Mitarbeiterin i. d. Praxis eines Mitgliedes der ÄG Nord eG

Wie wird man eine Praxis-Partnerin?

Um eine Praxis-Partnerin zu werden, muss aus der Praxis mindestens ein Arzt Mitglied im PRAXISNETZ Kiel e. V. sein. Bitte senden Sie das beigefügte Anmeldeformular ausgefüllt an die Geschäftsstelle zurück.

Ihre Vorteile als Praxis-Partnerin:

- Kostenfreie Teilnahme am netzinternen Praxis-Partnerinnen-System und deren Treffen
- Angebot von kostenfreien Fortbildungen
- Informationen und Protokolle (über Login-Bereich der Praxisnetz-Webseite und per E-Mail)
- Schulungen in Bereichen wie u. a.:
 - Qualitätsmanagement (Erstellung von Verfahrensanweisungen)
 - Hygiene
 - Medizinprodukte
 - Datenschutz
- Mitgestaltung in vielen Bereichen des PRAXISNETZ Kiel e. V.
- Persönliche Unterstützung in Praxisfragen

Anmeldeformular zum Praxis-Partnerinnen-System

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt per **Fax 0431 / 97 19 911** oder **per E-Mail an info@praxisnetz-kiel.de** an die Geschäftsstelle.

Ich möchte als Praxis-Partnerin das PRAXISNETZ Kiel e. V. mitgestalten und an den monatlichen Treffen (ca. 1 Stunde) teilnehmen sowie alle Informationen erhalten.

Persönliche Angaben (Bitte deutlich schreiben!)

Vor- und Nachname: _____

Praxis: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Das PRAXISNETZ Kiel e. V. verwendet Ihre E-Mail-Adresse ausschließlich zu vereinsinternen Zwecken.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ort, Datum

Unterschrift Praxis-Partnerin

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Teilnahme meiner Angestellten am Praxis-Partnerinnen-System zu.

Ort, Datum

Praxisstempel / Unterschrift Arzt