|  |
| --- |
| **Anlage** |
|  |
| **Einverständniserklärung****zur Teilnahme an der der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V** |
|  |
| Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses meine Nachweise (Facharzturkunde, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzweiterbildung) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sowie die Entscheidungen der Zulassungsgremien bei den jeweiligen Geschäftsstellen bei Anzeigenstellung und Überprüfung des Fortbestehens der Anforderungen aller mich betreffenden Berechtigungen einsehen darf. |
| Nähere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz). |
| Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift): |
|  |
| LANR: |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |  |  |  |  |
|  |  | (ggf. Stempel) |  |  |  |  |