

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an 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.

Name, Vorname, Titel (Angaben bitte in Druckschrift):

LANR:

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Stempel)