

An die KVSH  
Bismarckallee 1-6  
23795 Bad Segeberg

Per Fax: 04551 883 7543

## Teilnahme am Long-/Post-COVID Netzwerk der KVSH

Bitte ankreuzen:

- Ja, ich widme mich der Behandlung von Post-COVID-/Long-COVID-Patienten und **möchte am Netzwerk teilnehmen.**
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und die Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer) meiner Praxis im Verzeichnis des Long-/Post-COVID-Netzwerks der KVSH **im eKVSH-Portal** veröffentlicht werden (nicht für Patienten zugänglich).
- Ich bitte außerdem um Veröffentlichung meines Namens und den Kontaktdaten meiner Praxis (Adresse, Telefonnummer) auf der **Homepage** der KVSH.

### Absender

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ (nur für KV-Infos zum Netzwerk)

Datum,

Unterschrift:

---

Praxisstempel: