

Long-/Post-COVID Netzwerk der KVSH

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserem [Newsletter vom 4. April 2022](#) haben wir Sie über den Aufbau unseres Netzwerks informiert.

In vielen Gesprächen wurde uns mitgeteilt, dass großes Interesse an der Teilnahme am Netzwerk bestehe, jedoch aus Kapazitätsgründen nicht gewünscht sei, dass die Adresdaten der Praxis auf der Website der KVSH – auch für Patienten zugänglich – veröffentlicht werden.

Wir werden die Liste der Netzwerk-Teilnehmer daher in Kürze in unserem eKVSH-Portal einstellen, auf das Patienten keinen Zugriff haben. Da wir beabsichtigen, das Netzwerk um Expertise aus Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein zu erweitern, werden voraussichtlich auch diese als Ansprechpartner in die Liste der Netzwerk-Teilnehmer aufgenommen und erhalten dementsprechend auch Zugang zu den Kontaktdaten der niedergelassenen Teilnehmer.

Wenn Sie unter dieser Voraussetzung am Netzwerk teilnehmen und sich der Behandlung von Post-COVID/Long-COVID-Patienten speziell widmen wollen, melden Sie sich gern per E-Mail (unter Angabe Ihres Namens, BSNR und LANR) unter postcovidnetz@kvsh.de oder senden Sie uns das beiliegende Antwortfax zurück. Wir nehmen Sie dann gerne in das Netzwerk auf.

Aktuell ist geplant, die Netzwerkteilnehmer in regelmäßigen Newslettern mit Informationen zu versorgen, die gemeinsam von niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen sowie der KVSH erarbeitet werden. Netzwerkmitglieder können gerne Vorschläge über Themen und Fragestellungen unter postcovidnetz@kvsh.de einreichen.

Vielen Dank für Ihr Engagement!

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:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a practice stamp or signature.