

**Rückantwort bitte an**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

**Faxnummer: 0211/5970 9989**

**E-Mail: [fortbildung95d@kvno.de](mailto:fortbildung95d@kvno.de)**

**Absender/Praxisadresse**

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

LANR
Titel, Vorname, Name
Praxisanschrift

**Einverständniserklärung Vertragsärzte/-ärztinnen**

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein der Ärztekammer Nordrhein meinen Vornamen, Nachnamen, akademischen Titel, mein Geburtsdatum, Approbationsdatum, meine Einheitliche Fortbildungsnummer sowie den für mich relevanten Fortbildungszeitraum nach § 95d SGB V übermittelt. Die Übermittlung vorgenannter Daten ist für die Verwaltung meines Punktekontos sowie für die Bearbeitung meines Fortbildungszertifikates durch die Ärztekammer Nordrhein erforderlich.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.**

**Hinweis:** Sofern Sie dieser Datenübermittlung nicht zustimmen, ist ein automatisierter Nachweis der Erfüllung Ihrer Fortbildungsverpflichtung mit der Ärztekammer Nordrhein nicht möglich, auch wenn Sie bereits der Ärztekammer Ihr Einverständnis zur Übermittlung Ihrer Daten an die KV Nordrhein gegeben haben. In diesem Fall sind Sie gehalten, alle notwendigen Daten den beteiligten Institutionen selbst zur Verfügung zu stellen. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass eine verspätete oder unrichtige Übermittlung der Daten in diesem Falle zu Ihren Lasten gewertet wird. Erfolgt der Nachweis über die ordnungsgemäße Fortbildung nach § 95d SGB V gegenüber der KV Nordrhein verspätet, führt dies zu einer Honorarkürzung mindestens im Folgequartal. Wird der Nachweis ordnungsgemäßer Fortbildung nicht innerhalb von zwei Jahren erbracht, droht der Zulassungsentzug.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**