



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 567, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich, .....  
(Vor- und Nachname des Patienten)

erkläre mich einverstanden, dass

Herr/Frau Dr. .....  
(Name des indikationsstellenden Arztes)

meine personenbezogenen Angaben an die Sachverständigenkommission der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und die zuständige Krankenkasse zur erforderlichen Beratung der Indikationsstellungen zur Apherese übermittelt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten