

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

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abt. Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

## Einverständniserklärung

Im Rahmen des vorliegenden Antragsverfahrens erkläre ich mein Einverständnis, dass die Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin bei der zuständigen Landesärztekammer die erforderlichen Informationen

- hinsichtlich der für mich maßgeblichen Weiterbildungsordnung meiner Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung
- hinsichtlich meiner Fachkunde im Strahlenschutz

anfragen und erhalten darf.

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel