

2. Änderungsvereinbarung

**zum Vertrag nach § 73c SGB V
über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
vom 06.01.2015**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
in Düsseldorf**

- vertreten durch den Vorstand -
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

und

der BARMER

- vertreten durch den Vorstand -
(nachstehen BARMER genannt)

Die Vertragspartner dieser Änderungsvereinbarung haben sich darauf verständigt, den Vertrag nach § 73c SGB V a. F. über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vom 06.01.2015 in der Fassung vom 01.10.2017 zu ändern. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen mit Wirkung zum 25.05.2017 getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

I. Änderung des § 2 (Anspruchsberechtigter Personenkreis)

In § 2 (Anspruchsberechtigter Personenkreis) werden die Absätze 3 bis 6 durch die die folgenden Absätze 3 bis 8 ersetzt:

- „(3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Datenverarbeitung durch den/die Sorgeberechtigte/n. Die Teilnahmeerklärung wird den Ärzten zur Verfügung gestellt und bei Anpassungsbedarf, z. B. infolge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten, aktualisiert und verbindlich zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Änderung dieses Vertrages bedarf. Das derzeitige Muster der Teilnahmeerklärung und Patienteninformation ist diesem Vertrag als Anlage 1 zum Zwecke der Information beigelegt.
- (4) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- (5) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt worden sind und eine Versicherteninformation zum Versorgungsangebot erhalten haben.
- (6) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Quartals kündigen.
- (7) Die BARMER wird die KV Nordrhein unverzüglich über den Widerruf oder die Kündigung und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit des Widerrufs bzw. der Kündigung hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Behand-

lungen nach diesem Vertrag; er behält diesen Vergütungsanspruch längstens bis zum Zugang der Mitteilung über den Widerruf bzw. der Kündigung.

- (8) Die Teilnahme des Versicherten endet automatisch mit
- dem Erreichen der unter Absatz 1 genannten Altersgrenze,
 - dem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Krankenkasse,
 - dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - dem Wechsel zu einem nicht an dem Vertrag teilnehmenden Arzt,
 - dem Widerruf der Teilnahme- und/oder der Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung,
 - der Beendigung des Vertrages.“

II. Änderung des § 7 (Datenschutz)

§ 7 wird wie folgt vollständig neu gefasst:

- „(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten, die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere die ab 25.05.2018 geltende EU-DSGVO, den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht - einzuhalten und ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung nach der EU-DSGVO ist jeweils der Vertragspartner für die im Rahmen seiner sich aus diesem Vertrag ergebenden Datenverarbeitung.
- (2) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und Nutzung seiner Daten aufgeklärt. Ab 25.05.2018 sind hierbei die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO zu erfüllen.“

III. Änderung des § 8 (Salvatorische Klausel)

§ 8 wird wie folgt vollständig neu gefasst:

„Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.“

IV. Neufassung der Anlage 1

Die Anlage 1 wird neu gefasst und ist dieser Änderungsvereinbarung als Anhang 1 (Anlage 1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung) beigefügt.

V. Neufassung der Anlage 2

Die Anlage 2 wird neu gefasst und ist dieser Änderungsvereinbarung als Anhang 2 (Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Facharztes) beigefügt.

VI. In-Kraft-Treten

(1) Die Änderungsvereinbarung tritt zum 25.05.2018 in Kraft. Die übrigen Bestimmungen dieses Vertrages gelten unverändert fort.

Düsseldorf, Wuppertal den 25.05.2018

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König M. san.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

BARMER

Heiner Beckmann
Landesgeschäftsführer NRW

Christian Traupe
Abteilungsleiter
Ambulante Versorgung der BARMER
Hauptverwaltung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung des Patienten zur Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Durchführung einer ergänzenden (VK171382AE002)
Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGBV

Durch den Patient direkt der BARMER zu übersenden:
BARMER, Postfach 101445, 40005 Düsseldorf

1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

Freiwilligkeit und zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Sie können Ihre Teilnahme jedoch zum Ablauf dieses Zeitraums bei Ihrer Krankenkasse kündigen.
Für den Fall, dass Sie Ihre Einwilligungserklärung aus datenschutzrechtlichen Gründen widerrufen, endet die Teilnahme mit dem Folgetag. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung).
Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

Bindung an die vertraglich gebundenen Ärzte/Ärztinnen

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Ärzte/Ärztinnen entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.
Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Ärzte/Ärztinnen über einen Kassenwechsel informieren werde.

Widerrufsbelehrung

- Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

3. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich ggfs. um die regionale Kassenärztliche Vereinigung, den Arzt, das Krankenhaus, sonstige Leistungserbringer sowie externe Abrechnungsdienstleister. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsdienstleister (gemäß Bundesdatenschutzgesetz) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

Bitte das heutige Datum eintragen

		2	0		
T	T	J	J	J	J

Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreter

Bestätigung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

		2	0		
--	--	---	---	--	--

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung (U35) im Bezirk der KV Nordrhein

Die BARMER hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) einen Vertrag über eine Besondere ambulante ärztliche Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Diese besonderen Leistungen können Sie erwarten

Im Rahmen dieses Vertrages über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung haben Sie vom 15. bis zum 34. Lebensjahr jedes zweite Jahr Anspruch auf folgende Leistungen:

Die Durchführung einer prophylaktischen Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Diese umfasst die Anamnese, die körperliche Untersuchung, sofern erforderlich einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute), die erstmalige Hauttypbestimmung sowie die Dokumentation. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Untersuchung, wobei insbesondere das persönliche Risikoprofil sowie Hilfen zur Vermeidung bzw. zum Abbau von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angesprochen werden.

Wie Sie teilnehmen können

Die Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform geteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Im Falle Ihres Widerrufs der Teilnahmeerklärung trägt die BARMER für bereits erbrachte ärztliche

Leistungen nach diesem Vertrag die entstandenen Kosten.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch mit Erreichen der nach § 2 Abs. 1 genannten Altersgrenze, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet, mit dem Ende des Leistungsanspruches nach § 19 SGB V oder, wenn der Vertrag über die Besondere ambulante ärztliche Versorgung beendet wird.

Ihren Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an

BARMER

Landesvertretung NRW

Postfach 101445

40005 Düsseldorf

Die Niederschrift können Sie bei jeder Geschäftsstelle der BARMER erklären.

Bleiben Sie treu!

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, sind Sie für die Dauer Ihrer Teilnahme an Ihre gewählte Ärztin bzw. Ihren Arzt gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch Ihre Ärztin bzw. Arzt gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligte Ärztin bzw. Arzt in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die BARMER Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundene Ärztin bzw. Arzt in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die BARMER Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die BARMER verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung Hautkrebsvorsorgeuntersuchung (U35) im Bezirk der KV Nordrhein

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten.

Medizinische Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen.

Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

Die BARMER erhält auf jeden Fall keine Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.

Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zur diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der BARMER unter

BARMER
Datenschutzbeauftragter
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten: Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstr. 30
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

**Teilnahmeantrag des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Dermatologen
zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und der BARMER**

Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung–
40182 Düsseldorf

Für Ärzte der Bezirksstelle Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung–
50668 Köln

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an die Krankenkasse sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

 Ort, Datum

 (Arztstempel und Unterschrift)