



Einwilligungserklärung für die Differenzierte Honorarauswertung

Diese Seite(n) bitte ausfüllen und per Fax oder Post senden an:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
40182 Düsseldorf

Fax: 0211-5970 8611
E-Mail: Arztberichtigung@kvno.de

Hiermit erklären wir ab dem Quartal (*frühestens III/2019*) _____ bis zum Quartal
_____ bzw. bis zum Widerruf unsere Teilnahme an der Differenzierten
Honorarauswertung.

Uns ist bekannt, dass die Nutzung nur möglich ist, wenn **alle** Partner / Gesellschafter
ihre Einwilligung erklärt haben und eine Registrierung im KVNO-Portal erfolgt ist, da
die Daten ausschließlich über das KVNO-Portal eingesehen werden können.

Name der BAG /
des MVZ:
(bitte ausfüllen)

BSNR:

[Unterschriften auf Seite 2 der Einwilligungserklärung]

Unterschriften aller Partner / Gesellschafter:

(Im Falle eines MVZ: Unterschrift des ärztlichen Leiters, aller im MVZ tätigen zugelassenen Ärzte und berechtigter Vertreter des Betreibers des MVZ)