



Einwilligungserklärung für die Differenzierte Honorarauswertung

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

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
Postfach 10 20 53
50460 Köln

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)