

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg Aktenzeichen:

---

## ▶▶ **Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation**

### **Teil E Einverständniserklärung**

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KVBB geführte(n) Arztregister- und/oder Verwaltungsakte(n) durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Name:

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_