



**Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam**

**oder per Fax an           0331 / 2309- 383  
Rückfragen:               qs@kvbb.de**

**Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**

**Name, Vorname:** .....

**Praxisanschrift:** .....

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg und die Landesärztekammer Brandenburg haben eine Vereinbarung geschlossen, wonach die gegenseitige Übermittlung von Daten der gemeinsamen Mitglieder möglich ist. Hintergrund ist, dass oftmals durch beide Körperschaften die gleichen Daten und Nachweise zur Bearbeitung verschiedener Sachverhalte von den Mitgliedern abgefordert werden. Durch die Übermittlung der Daten von Körperschaft zu Körperschaft unter Einhaltung des Datenschutzes wird das doppelte Einreichen von Unterlagen vermieden. Wird das Einverständnis nicht erteilt, müssen Sie weiterhin die entsprechenden Daten, welche nach dieser Vereinbarung ausgetauscht werden sollen, gesondert an die KVBB oder die LÄKB melden.

Inhalte der Vereinbarung sind im Einzelnen:

- der Datenabgleich hinsichtlich der Mitgliederverzeichnisse der Landesärztekammer Brandenburg/der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (Datenlieferung durch die KVBB und durch die LÄKB)
- die Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V - Fortbildungskonto - (Datenlieferung durch die LÄKB)
- die Überprüfung der fachlichen Qualifikation im Rahmen der Antragstellung zur Erbringung bestimmter Leistungen oder der Teilnahme an bestimmten Verträgen und sich daraus ergebenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Datenlieferung durch die LÄKB)

Übermittelt werden im Rahmen der Vereinbarung danach von der KVBB der Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht und Dienstanschrift. Die LÄKB übermittelt den Punktestand des Fortbildungskontos, Zeitpunkt der Erteilung eines Fortbildungszertifikats, Übersicht über die bei der Landesärztekammer registrierten Fortbildungsteilnahmen der letzten zwei Kalenderjahre mit Datum, Titel, Inhalt und Typ.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass durch die Landesärztekammer Brandenburg und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die vorgenannten mich betreffenden Daten unter Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes übermittelt werden. Die Abgabe dieser Erklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit gegenüber der KVBB oder LÄKB schriftlich widerrufen werden.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift