Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Anlage 3
zum Antrag auf ambulante Durchführung der Apherese gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Einverständniserklärung

Patientenpseudonym: KVBB / _____ / _____ / _____
Laufende Nummer der KVBB ***Geburtsjahr*** ***Geschlecht***

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Herr/Frau Dr. _____ meine Daten sowie meine persönlichen ärztlichen Befunde **ausschließlich unter Verwendung meines Patientenpseudonyms** für die Indikationsstellung zur Durchführung der Apherese der Qualitätssicherungskommission „Dialyse/Apherese“ bei der KVBB zur Verfügung stellt.

_____, den _____ _____
Ort Datum Unterschrift des Patienten