

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Qualitätssicherung
 Team Sonographie
 Elsenheimerstraße 39
 80687 München

**Einverständniserklärung zur Vernichtung
 der als Kopie eingereichten Bilddokumentation(en) nebst Datenträger**

Praxis:	
Anschrift der Praxis:	

Auf Anforderung der KVB vom

--	--	--	--	--	--	--	--

 wurden Bilddokumentation(en) für folgende(s) Gerät(e) in Kopie eingereicht:

Gerät (Hersteller, Gerätetyp):	
Bj., Gerätenummer:	
Schallkopf/-köpfe (Sonden):	
BSNR:	

Gerät (Hersteller, Gerätetyp):	
Bj., Gerätenummer:	
Schallkopf/-köpfe (Sonden):	
BSNR:	

Die Anforderung erfolgte für den nachstehenden Arzt:

Arztname, LANR:	
------------------------	--

Die Einreichung der Bilddokumentation(en) erfolgte zum Zwecke:

<input type="checkbox"/>	der initialen Bildabnahmeprüfung, § 9 Abs. 1, 2 i.V.m. Anlage III Ultraschall-Vereinbarung (USV vom 31.10.2008 in der aktuell geltende Fassung)
<input type="checkbox"/>	der Stichprobenprüfung, §§ 11, 10 Abs. 2 - 4 i.V.m. Anlagen III, V USV vom 31.10.2008 in der aktuell geltende Fassung
<input type="checkbox"/>	der Konstanzprüfung, § 13 i.V.m. Anlage III USV vom 31.10.2008 in der aktuell geltende Fassung

Hiermit erkläre ich, dass es sich bei den/der zuvor bezeichneten, von mir eingereichten Bilddokumentation(en) ausschließlich um Kopien handelt.

Hinweis zum Datenschutz: Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz
 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Körperschaft des öffentlichen Rechts www.kvb.de Elsenheimerstraße 39 80687 München
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Düsseldorf, BIC DAAEDEDXXX, IBAN DE45 3006 0601 6305 1717 17

Ich erteile mein Einverständnis dazu, dass die vorangehend angegebenen Bilddokumentationen

<input type="checkbox"/>	<p>nach Abschluss der bezeichneten initialen Bildabnahmeprüfung i.S.v. § 9 Abs. 1, 2 i.V.m. Anlage III USV mit einem positivem Prüfergebnis,</p> <p>(d.h. nach Versand der Bestätigung der KVB über eine vollumfängliche Erfüllung der Mindestanforderungen nach § 9 Abs. 1 i.V.m. Anlage III Nr. 1 - 8 USV sowie der vollumfänglichen Erfüllung der Anforderungen an die technische Bildqualität und Bilddokumentation i.S.v. § 9 Abs. 2 i.V.m. Anlage III Nr. 6, 9.1 und 9.2 USV)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>nach Abschluss der bezeichneten Stichprobenprüfung i.S.v. §§ 11, 10 Abs. 2 - 4 i.V.m. Anlagen III, V USV mit einem positivem Prüfergebnis,</p> <p>(d.h. nach Versand der Bestätigung der KVB über eine vollumfängliche Erfüllung der Dokumentationsanforderungen i.S.v. §§ 11, 10 Abs. 2 - 4 i.V.m. Anlagen III, V USV)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>im Rahmen der bezeichneten Stichprobenprüfung nach Ablauf der Widerspruchsfrist zum Prüfbescheid der KVB, mit dem Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation erfolgt sind, sofern von der Widerspruchsmöglichkeit kein Gebrauch gemacht worden ist,</p>
<input type="checkbox"/>	<p>nach Abschluss der bezeichneten Konstanzprüfung i.S.v. § 13 i.V.m. Anlage III USV mit einem positivem Prüfergebnis</p> <p>(d.h. nach Versand der Bestätigung der KVB über eine vollumfängliche Erfüllung der Anforderungen an die technische Bildqualität i.S.v. § 13 i.V.m. Anlage III USV)</p>

von der KVB inklusive des zur Einreichung von mir verwendeten Datenträgers vernichtet werden können.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe meines vorstehenden Einverständnisses freiwillig ist und mir aus einer Verweigerung dieses Einverständnisses oder dessen Widerruf keine Nachteile entstehen. Im Falle der Verweigerung meines Einverständnisses erfolgt zum angegebenen Zeitpunkt anstelle der Vernichtung die Rücksendung der bezeichneten Bilddokumentation(en) inklusive des von mir verwendeten Datenträgers auf dem Postweg an mich. Dies gilt gleichermaßen, sofern ich mein Einverständnis widerrufe und zum Zeitpunkt des Eingangs meines Widerrufs bei der KVB die Vernichtung der eingereichten Bilddokumentation(en) nebst des Datenträgers noch nicht erfolgt ist.

Mir ist bewusst, dass ich mein Einverständnis in die Vernichtung der von mir eingereichten Bilddokumentation(en) inklusive des vorgelegten Datenträgers jederzeit ganz und teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dieser Widerruf erfolgt mittels Erklärung per Post an:

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung, Team Sonographie
Elsenheimerstraße 39
80687 München**

Ich bin darüber informiert, dass durch den Widerruf meiner Einverständniserklärung eine auf Grundlage meines Einverständnisses bis zum Eingang des Widerrufs bei der KVB bereits erfolgte Vernichtung der von mir eingereichten Bilddokumentation(en) inklusive einer bereits erfolgten Vernichtung des von mir verwendeten Datenträgers nicht unrechtmäßig wird. Die Informationen der KVB nach Art. 13 und 14 DSGVO unter www.kvb.de/datenschutz/erhebung-personenbezogener-daten/ habe ich zur Kenntnis genommen und bin darüber aufgeklärt, dass mir diese von der KVB auch auf Wunsch in Textform zugesandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin bzw.
Vertretungsberechtigte(r)

Stempel Ansteller

Bei Anstellung zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes