Versendung der Selbstauskunft an: KVN Bezirksstelle, Geschäftsbereich Vertragsärztliche Versorgung

Name und Kontaktdaten des Arztes (**Leistungserbringer**):

Lebenslange Arztnummer (LANR) _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Selbstauskunft

gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle § 7 Abs. 1.

Der Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zur Kardiologie ist durch die Erlangung von 20 Fortbildungspunkten in regelmäßigen Abständen von 2 Jahren zu erbringen.

Folgende Fortbildungen habe ich besucht und weise hiermit den Erwerb von mindestens 20 Fortbildungspunkte zu den o. g. Themen nach:

Thema der Fortbildung	Datum	Uhrzeit	Ort der Fortbildung	Anzahl der Fortbildungspunkte

Stand: Mai 2025

☐ Mit dieser Selbstauskunft erkläre ich, gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie Rhythmusimplantat- Kontrolle § 7 Abs. 1, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift/Stempel