

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

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