

Formular bitte zurücksenden an:



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

oder per Fax an: 0331 / 2309 - 383

# ERKLÄRUNG des Arztes

Gemäß den Anforderungen nach § 3 des Anhangs zu Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des EBM sollen teilnehmende Ärzte in einem sektorübergreifenden MRSA – Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sein.

**Ich schließe mich dem MRSA – Netzwerk**

.....

(Bezeichnung / Ort)

an.

.....

Datum

.....

Stempel u. Unterschrift des  
Vertragsarztes