

**Einverständniserklärung zur Weiterleitung des Punktestandes an die  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Titel, Name, Vorname:

Anschrift:

Mitgliedsnummer:

**Weitergabe der Punktzahl an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

- nur für Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren

- Mit der Weitergabe der Punktzahl an die KVT bin ich einverstanden.
- Mit der Weitergabe der Punktzahl an die KVT bin ich nicht einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Bitte Rücksendung an:*

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
der Landesärztekammer Thüringen  
Frau Kuckling  
Postfach 100 740  
07707 Jena