

## Verteilung von Schutzmaterialien und Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-/COVID-19-Pandemie – Anfrage Kontaktaufnahme durch KV Nordrhein

Bei der Bewältigung der aktuellen Situation steigender Corona-Verdachtsfälle und der Versorgung von Patienten mit und ohne Corona-Erkrankungen entsteht für die Praxen ein erhöhter Bedarf nach Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und/oder Desinfektionsmitteln.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) verteilt Infektionsschutz-Materialien an die ambulanten Praxen in Nordrhein. Die Verteilung erfolgt in den verschiedenen Regionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. In der ersten Belieferung wurden Haus-, Kinder- und HNO-Ärzte sowie Radiologen und Pneumologen, inzwischen werden auch Augenärzte und Dialysepraxen ausgestattet. In diese Verteilung werden ab der KW 15 nach denselben Kriterien auch im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, einbezogen.

**Privatärztinnen und Privatärzte** werden gebeten, ihren **Bedarf bei der Ärztekammer Nordrhein zu melden** und ihr **Einverständnis zur Weitergabe der Kontaktdaten zu diesem Zweck an die KVNO zu erteilen**.

Sofern Sie mit einer **Kontaktaufnahme durch die KV Nordrhein einverstanden** sind, antworten Sie bitte in der **Antwort an [info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de](mailto:info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de)** (Sie können den Text in eine E-Mail kopieren oder das ausgefüllte Formular als Anhang senden oder faxen. Bitte nicht Zutreffendes streichen):

*JA, ich bin einverstanden, dass mich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KdöR) zwecks Verteilung von PSA kontaktiert.*

*JA, ich bin einverstanden, dass mich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KdöR) zum Zwecke von Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-/COVID-19-Pandemie kontaktiert:*

Name, Anschrift, Telefon, Mobilnummer, E-Mail-Adresse und Fachrichtung werden nach erfolgter Einwilligung in einer Liste gespeichert und an die KVNO zum o.g. Zweck übermittelt.

Bitte teilen Sie uns Ihren vollständigen Namen und Ihre aktuellen Kontaktdaten nachfolgend mit:

**Name, Vorname:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Mobil:**

**E-Mail:**

Bitte füllen Sie die obigen Felder aus. Ohne Ihren Namen und Vornamen kann Ihre Erklärung nicht zugeordnet werden. Gerne können Sie auch nebenstehend den Praxisstempel eintragen.

Ihre Einwilligung in die Datenweitergabe können Sie jederzeit formlos unter [info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de](mailto:info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de) widerrufen.

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.aekno.de/wissenswertes/datenschutz>

Bitte nutzen Sie zur Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer Nordrhein ausschließlich die folgenden Kontaktdaten, damit Ihr Anliegen bei den richtigen Ansprechpartnern ankommt:

**E-Mail:** [info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de](mailto:info-aerztekammer-nordrhein@aekno.de) **Telefax:** 0211-4302-5145

**Bitte beachten:** Von telefonischen Anfragen oder direkten Anfragen an die KVNO bitten wir aus organisatorischen Gründen abzusehen. Vielen Dank!