

Arztstempel

## Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft Gemeinsame Gerätenutzung

**(Bitte leserlich ausfüllen)**

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.) \_\_\_\_\_ KV-Reg.Nr. \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes \_\_\_\_\_

Eigentümer des Gerätes \_\_\_\_\_

Das Gerät wird für folgende Leistungen eingesetzt:

Das Gerät wird von folgenden Ärzten mitgenutzt:

Das Gerät wird gemeinsam genutzt seit: \_\_\_\_\_

Ich bin als Eigentümer des Gerätes mit der gemeinsamen Nutzung der oben  
aufgeführten Ärzte einverstanden ( Name/Unterschrift des Eigentümers)

---

### Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Name/Unterschrift von allen mitnutzenden Ärzten

---

---

---

Ort/Datum \_\_\_\_\_