

Bitte zurücksenden

per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Ermächtigung im Hamburger Ärzteblatt

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darf Ihre Daten nur für interne Zwecke und für ausdrücklich vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgaben verwenden. Wenn Sie es wünschen, werden wir die Ihrer Einrichtung erteilte Ermächtigung nach Bestandskraft des Beschlusses des Zulassungsausschusses im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen. In diesem Fall senden Sie uns bitte diese Erklärung unterschrieben zurück.

Mit Ihrer Einwilligung würden wir folgende Daten im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen:

- ➔ Name der Einrichtung
- ➔ Umfang der Ermächtigung
- ➔ Überweiserkreis
- ➔ Tätigkeitsort
- ➔ Datum der endgültigen Beendigung der Ermächtigung

Mit der Veröffentlichung der o. g. Daten bin ich einverstanden:

- ja
- nein

Ort und Datum

Unterschrift des ärztlichen Leiters

Stempel erm. Einrichtung oder BSNR-Nummer