



Zurück an
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg
Fax 040/22 802-420

Arztstempel

**Strukturvertrag nach § 73a SGB V zur Erhöhung der Versorgungsqualität von
chronisch Hepatitis (HCV)-Infizierten
Kooperation Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Niere)**

Name, Vorname des/der Antragstellers/-in	Niederlassungsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Vorname des/der Kooperationspartners/-in	Sonogenehmigung ab
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**

Datum

Unterschrift **Kooperationspartner/-in**