

Rückantwort **FAX: 22 802-420**
Email: anja.goettsche@kvhh.de
Email: lena.otto@kvhh.de

**Einverständniserklärung
zum elektronischen Datenaustausch mit der Ärztekammer
Hamburg/Psychotherapeutenkammer Hamburg
im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V**

(Nachname, Vorname)

- Ich bin mit der Weitergabe folgender Daten an die Ärztekammer Hamburg/Psychotherapeutenkammer Hamburg einverstanden:
- Nachname, Vorname
 - Geburtsdatum
 - Praxisadresse
 - Teilnahmestatus an der Vertragsärztlichen Versorgung (Anstellung, Zulassung, Ermächtigung)
 - Datum des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit
 - Fortbildungszeitraum
- Ich bin **nicht** mit der Weitergabe der o. g. Daten an die Ärztekammer Hamburg/Psychotherapeutenkammer Hamburg einverstanden.

Widerrufsmöglichkeit

Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit per Fax oder Mail für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen.

Rechtlicher Hintergrund

§ 95d SGB V

Datum

Unterschrift