

Rückantwort E-Mail: anja.goettsche@kvhh.de
E-Mail: lena.otto@kvhh.de

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

Gerne bieten wir Ihnen den automatischen Datenaustausch mit der Ärztekammer Hamburg an, um den Aufwand zum Erfüllen Ihrer Nachweispflicht geringzuhalten. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis.

(Nachname, Vorname)

- Ich bin mit dem Datenaustausch folgender Daten zwischen der Ärztekammer Hamburg/ Psychotherapeutenkammer Hamburg und der KV Hamburg einverstanden:
Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Praxisadresse, Teilnahmestatus an der Vertragsärztlichen Versorgung (Anstellung, Zulassung, Ermächtigung), Datum des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit, Fortbildungszeitraum, Fortbildungspunkte
- Ich bin **nicht** mit dem Datenaustausch zwischen der Ärztekammer Hamburg/ Psychotherapeutenkammer Hamburg und der KV 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.

Datum

Unterschrift