

Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Eintragung Praxisvertretungsverzeichnis						
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Eintragung am					MA Kürzel	

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Antrag auf Eintragung in das Praxisvertretungsverzeichnis für Hamburg

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.

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:

<https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

ggf. Titel, Vorname, Name des Antragstellers

LANR

In welcher Ärztekammer sind Sie gemeldet?

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt, wenn Sie nicht im Arztregister der KV Hamburg eingetragen sind:

- Approbation als Arzt
- Promotion und ggf. andere Titel
- Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzweiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung für Ärzte

Folgende **Kontaktinformationen** werden Anfragern nach Praxisvertretern zur Verfügung gestellt:

Telefonnummer Mobilfunknummer E-Mail

Telefon

Mobilfunknummer

E-Mail

--	--

Aufnahme in folgend(e) Praxisvertretungsverzeichnisse:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Augenärzte | <input type="checkbox"/> Humangenetiker | <input type="checkbox"/> Orthopäden |
| <input type="checkbox"/> Anästhesisten | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> Physikalische und
Rehabilitations-Mediziner |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen | <input type="checkbox"/> Kinderärzte | <input type="checkbox"/> Pathologen |
| <input type="checkbox"/> Fachinternisten | <input type="checkbox"/> Laborärzte | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Frauenärzte | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen | <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> VT |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenärzte | <input type="checkbox"/> Nervenärzte | <input type="checkbox"/> Radiologen |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte | <input type="checkbox"/> Neurochirurgen | <input type="checkbox"/> Strahlentherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Hausärzte | <input type="checkbox"/> Nuklearmediziner | <input type="checkbox"/> Urologen |

Verfügen Sie über Schwerpunkte?

- ja, folgende:

--

Verfügen Sie über Zusatzweiterbildung(en)?

- ja, folgende:

--

Verfügen Sie über Qualifikationen (EKG, Röntgen ect.)?

- ja, folgende:

Sind Sie bereit in ganz Hamburg Vertretungen zu übernehmen?

- ja in ganz Hamburg
 nein, nur in folgenden Stadtteilen:

--

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

Kenntnisse ausreichend für Diagnose / Behandlung?

Sprache: _____

- ja nein

Sprache: _____

- ja nein

Sprache: _____

- ja nein

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben, sowie das die beigefügten Unterlagen mit den Angaben auf dem Antrag übereinstimmen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an vertretungssuchende niedergelassene Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren weitergegeben werden.

Ort und Datum

Unterschrift