

Arztstempel

**Rückantwort E-Mail: [anja.goettsche@kvhh.de](mailto:anja.goettsche@kvhh.de)**

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

Gerne bieten wir Ihnen den automatischen Datenaustausch mit der Ärztekammer Hamburg/  
Psychotherapeutenkammer 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