

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: praxisaufnahme@kvhh.de
als PDF-Datei

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Sitzung am						P	A	B
Honorarnummer								
PAF geprüft am						MA (Kürzel)		
Stempelbestellung am						MA (Kürzel)		

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Praxisaufnahmeformular "Berufsausübungsgemeinschaft" (BAG)

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.

☐ Neugründung: Wir erklären hiermit, unsere gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit am

--	--	--	--	--	--

 aufzunehmen.

oder

☐ Wir führen unsere BAG in geänderter Konstellation zum

--	--	--	--	--	--

 fort.

oder

☐ Wir haben/werden unsere BAG am

--	--	--	--	--	--

 verlegt/verlegen.

Namen der zugelassenen Ärzte

• Titel

--

Rufname

--

• Titel

--

Rufname

--

Familienname

--

Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten

--

Familienname

--

Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten

--

● Titel Rufname 	Familienname Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten
● Titel Rufname 	Familienname Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten
● Titel Rufname 	Familienname Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten
● Titel Rufname 	Familienname Zugelassen im Fachgebiet/in den Fachgebieten

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Angaben zur Vertragspraxis

Hinweis: Die unten angegebenen Daten werden, bis auf den Praxisnamen, in unserer Arztsuche unter www.kvhh.de und in der BundesArztsuche der KBV veröffentlicht.
Bitte beachten Sie, dass wir nur eine Telefonnummer verwalten können.

ggf. Praxisname

Straße und Hausnr. der Praxis* (Pflichtangabe)

PLZ* (Pflichtangabe)

Ort

						Hamburg
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------

Telefon der Praxis* (Pflichtangabe)

Fax der Praxis

E-Mail der Praxis

Homepage der Praxis

Die BAG ist in einer Praxisgemeinschaft tätig:

Unter einer Praxisgemeinschaft ist die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen, sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte zu verstehen.

Im Gegensatz zur Berufsausübungsgemeinschaft handelt es sich um zwei oder mehrere selbstständige / eigenständige Praxen. Für die Praxisgemeinschaft bedarf es keiner Genehmigung.

☐ nein

☐ ja, mit folgenden Ärzten: _____

Praxisstempel

Hinweis: Die Stempelfirma benötigt 1 bis 2 Wochen für die Lieferung an die KV Hamburg. Erst dann kann ein Versand des Stempels/der Stempel per Post an Sie erfolgen. Bitte beachten Sie, dass der Stempelabdruck auf den Kassenrezepten den Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung entsprechen muss. Weitere Infos hierzu finden Sie auf unserer Webseite unter dem Stichwort: Arzneimittelverordnung/Ausfüllanleitung.

Wir möchten von der KVH **einen** Praxisstempel für **jeden zugelassenen** Arzt (keine angestellten Ärzte) erhalten.

(Muster für die Stempelbestellung auf Seite 5).

☐ nein

☐ ja oder weniger Anzahl:

Wenn ja:

1. Soll zusätzlich der Praxisname auf dem Stempel erscheinen? (siehe Seite 2)

☐ ja

☐ nein

2. Wie sollen die Ärzte auf dem Stempel erscheinen?

☐ alphabetisch

☐ in folgender Reihenfolge:

3. Welche Art von Stempel möchten Sie?

☐ Holzstempel Anzahl:

und/oder

☐ Stempelplatte für Stempelgerät mit der Nummer

Hinweis: Voraussetzung ist ein vorhandenes eigenes Stempelgerät, z.B. Trodat 5204.

Anzahl:

Hinweis: Gesamtzahl entspricht max. der Anzahl zugelassener Ärzte

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir die im Formular gemachten Angaben.
Änderungen der Praxisdaten werden wir unverzüglich dem Arztregister mitteilen.
Wir haben zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erfolgt.

Eigenhändige Unterschrift/en (nur zugelassene Ärzte)

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Ort und Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Muster für die Stempelbestellung

➡ Bsp. 2 Ärzte mit gleicher Facharztbezeichnung

Betriebsstättennummer
ggf. Praxisname
Titel, Rufname und Name des ersten Arztes
Titel, Rufname und Name des zweiten Arztes
Fachärzte für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer

➡ Bsp. 2 Ärzte mit unterschiedlicher Facharztbezeichnung

Betriebsstättennummer
ggf. Praxisname
Titel, Rufname und Name des ersten Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Titel, Rufname und Name des zweiten Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer

➡ Bsp. 3 Ärzte (2 Ärzte mit gleicher und ein Arzt mit abweichender Facharztbezeichnung)

Betriebsstättennummer
ggf. Praxisname
Titel, Rufname und Name des ersten Arztes
Titel, Rufname und Name des zweiten Arztes
Fachärzte für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Titel, Rufname und Name des dritten Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer

➡ Bsp. Bei größeren BAGs können ein oder mehrere Ärzte (s.o.) auf dem Stempel erscheinen.

Falls nur ein Arzt an dem Standort tätig ist, erscheint er alleine auf dem Stempel.

Betriebsstättennummer
ggf. Praxisname
Titel, Rufname und Name des Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
.
.
.
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer