

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Zulassung des MVZ im Hamburger Ärzteblatt

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.

Name des Medizinischen Versorgungszentrums

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darf Ihre Daten nur für interne Zwecke und für ausdrücklich vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgaben verwenden. Wenn Sie es wünschen, werden wir die Ihrem Medizinischen Versorgungszentrum erteilte Zulassung nach Bestandskraft des Beschlusses des Zulassungsausschusses im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen.

Mit Ihrer Einwilligung würden wir folgende Daten im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen:

- Name des Medizinischen Versorgungszentrums
- Im MVZ vertretene Fachgebiete
- Vertragssitz
- Datum, zu dem die Zulassung erteilt wurde

Mit der Veröffentlichung der o. g. Daten bin ich einverstanden:

- ja
- nein

Ort und Datum

Name in Druckbuchstaben vom Geschäftsführer

Unterschrift Geschäftsführer