

Faxnummer: 040 22802 -738

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

sachlich, rechnerisch richtig	Kostenstelle	
	11100	
Datum		Eurobetrag

658055.0 | 350060.2
Zahlungsanordnung

--

Antrag auf Zahlung des sog. Taschengeldes durch die KV Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

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.

Angaben des Famulanten

Name

Vorname

Adresse des Hauptwohnsitzes

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

M W D

Staatsangehörigkeit

Telefon privat oder Handy

E-Mail

Universität, an der das Medizinstudium absolviert wird:

Konto- und Bankinformationen

Name der Bank

IBAN

BIC

Name und Anschrift des Vertragsarztes (Ausbilder)

ggf. Titel, Vorname, Name

--

Adresse der Vertragsarztpraxis

PLZ

Ort

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

Zeitraum der geplanten Famulatur

Tätig ab

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

Tätig bis

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

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- ➔ Kopie der Immatrikulationsbescheinigung
- ➔ falls nicht Universität Hamburg: Nachweis des Hauptwohnsitzes in Hamburg (z.B. Kopie des Personalausweises)
- ➔ Nachweis der Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedsstaats (z. B. Kopie des Personalausweises)
- ➔ bei anderer als Staatsbürgerschaft eines EU-Mitgliedstaats: Nachweis der Asylberechtigung
- ➔ falls die Famulatur nicht in die vorlesungsfreie Zeit fällt: Bescheinigung über ein Freisemester

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Arztregister unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Weiterhin bestätige ich, den maximalen Auszahlungsbetrag von 300,- € noch nicht vollständig erhalten zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Famulanten

➔ Die folgende Seite lassen Sie bitte von der Vertragsarztpraxis nach Ableistung der Famulatur bestätigen und unterschreiben.

