

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

## **Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Entlastungsassistentin / eines Entlastungsassistenten**

gemäß § 32 Abs. 2 Nr. 1 Ärzte-ZV

**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.

### **Name des Antragstellers**

ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum

### **Name des Arztes, für den der Entlastungsassistent beantragt wird**

- falls abweichend von Antragsteller -

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet

### **Um den vertragsärztlichen Versorgungsauftrag sicherstellen zu können, soll in der Zeit**

vom 

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

 bis 

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

 für 

--

 Stunden / Woche  
**ein Entlastungsassistent beschäftigt werden.**

### **Der Antrag wird aus folgenden Gründen gestellt:**

- Krankheit  Zeiten der Erziehung von Kindern

### **Bitte Belege beifügen:**

- Ärztliches Attest **mit** voraussichtlichem Ende-Datum der Erkrankung  Kopie der Geburtsurkunde

Pflege eines nahen Angehörigen

**Bitte Belege beifügen:**

 Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Pflegeperson

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name in Druckbuchstaben

**Angaben zum Assistenten**

ggf. Titel, Rufname, Name

Fachgebiet

Adresse

**Eintragung im Arztregister der KV Hamburg**

ja       nein

**falls nein, bitte folgende Belege beifügen**

 Approbationsurkunde

 Facharzturkunde

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass eine Bewilligung erst erteilt werden kann, wenn der Antrag vollständig, mit allen erforderlichen Unterlagen, vorliegt. Die Bearbeitungszeit von 4 Wochen beginnt erst zu diesem Zeitpunkt. Eine rückwirkende Genehmigung ist **nicht** möglich.

Ort und Datum

Unterschrift des Entlastungsassistenten

Name in Druckbuchstaben