

Bitte die Seiten 1 und 2 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 "ermächtigte Einrichtung / Institut"

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.

Wir erklären hiermit unsere vertragsärztliche Tätigkeit am

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

aufzunehmen.

Angaben zur Einrichtung / zum Institut

Name der Einrichtung / des Instituts

--

Titel, Vorname, Name des ärztlichen Leiters

--

Straße und Hausnr. der Einrichtung/des Instituts* (Pflichtangabe)

--

PLZ* (Pflichtangabe)

--	--	--	--	--

Ort

Hamburg

Telefon* (Pflichtangabe)

--

Fax

--

E-Mail

--

Homepage

--

Praxisstempel

Hinweis: Die Stempelfirma benötigt 1 bis 2 Wochen für die Lieferung an die KV Hamburg. Erst dann kann ein Versand des Stempels 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.

Ich möchte von der KVH einen Stempel nach folgendem Muster erhalten:

☐ nein

☐ ja

Muster
Betriebsstättennummer
Name Einrichtung / Institut
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer

Wenn ja:

Welche Art von Stempel möchten Sie?

☐ Holzstempel

oder

☐ Stempelplatte für Stempelgerät mit der Nummer

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die im Formular gemachten Angaben.

Änderungen werde ich unverzüglich dem Arztregister mitteilen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erfolgt.

Ort und Datum

Name des ärztlichen Leiters in Druckbuchstaben

Unterschrift des ärztlichen Leiters

Antrag nur für MVZ, GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) und Institutsermächtigung

Anmeldung für Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung für bevollmächtigte Personen zum gesicherten Onlineportal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Honorarnummer: _____

Name der Betriebsstätte / Honorareinheit:

Hiermit beantrage ich (Name kfm. Geschäftsführer / Insolvenzverwalter)

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Für die Praxis / Einrichtung persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung (für weitere BSNRs) für folgende Person:

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

[illegible]

Für die Praxis / Einrichtung persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung (für weitere BSNRs) für folgende Person:

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

Diese Zugangsdaten erlauben den Zugriff auf die Honorareinheit mit Einsicht in die Honorarbescheide und die dazu gehörigen Betriebsstätten.

Ort, Datum, **Unterschrift Geschäftsführer / Insolvenzverwalter**

Stempel

BITTE BEACHTEN SIE:

BEI VERÄNDERUNGEN WIE AUSSCHIEDEN EINES MITARBEITERS AUS DEM ARBEITSVERHÄLTNIS MUSS DER ONLINEZUGANG WIEDER ABGEMELDET BZW. GESPERRT WERDEN. BEI VERÄNDERUNGEN DER PRAXISSITUATION MÜSSEN DIE ZUGANGSDATEN NEU BEANTRAGT BZW. ANGEPASST WERDEN.

HINWEIS: Legen Sie bitte einen aktuellen Handelsregistrauszug oder den Gesellschaftervertrag bei.