Bitte zurücksenden

per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Krankenhausstempel

Antrag auf Erteilung einer Betriebsstättennummer (BSNR) zur Abrechnung telekonsiliarischer Leistungen am Krankenhaus

gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie Praxisnetznummern

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Antragstellerinnen 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 zum Krankenhaus

Name des Krankenhauses

Anschrift

PLZ

Ort

Hamburg

Telefon

Fax

E-Mail

Name des Antragstellers

Titel, Vorname, Name

Die BSNR soll zum ☐☐☐☐☐☐ erteilt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie alle inhaltlichen Bedingungen für die telekonsiliarischen Leistungen erfüllen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers