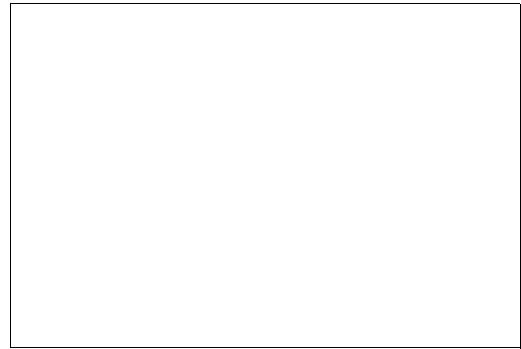


Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Angaben zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes

gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Arzt" auch Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Bitte beachten Sie das Informationsblatt "Information zur Ausschreibung von Vertragsarztsitzen".

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 Vertragsarztes

Titel, Name, Vorname

In welchem Umfang beabsichtigen Sie Ihre Praxis an eine/n Nachfolger/in weiterzugeben?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> meine volle Zulassung | <input type="checkbox"/> eine Hälfte meiner vollen Zulassung |
| <input type="checkbox"/> meine dreiviertel Zulassung | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner vollen Zulassung |
| <input type="checkbox"/> meine häftige Zulassung | <input type="checkbox"/> ein Viertel meiner dreiviertel Zulassung |

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wurde Ihre Zulassung erteilt?

Zu wann beabsichtigen Sie Ihre Praxis an einen Nachfolger weiterzugeben?

/
Quartal Jahr

- zum nächstmöglichen Quartal

Um welche Art Vertragssitz handelt es sich?

- Einzelpraxis
 Sitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
 Sitz in einem personengesellschaftlich organisierten MVZ (GbR / PartnG)

Beschäftigen Sie einen angestellten Arzt?

nein

ja und zwar mit folgendem Fachgebiet:

Falls ja, soll die Arztstelle - sofern Sie nur auf Ihre halbe Zulassung verzichten - mit ausgeschrieben werden?

ja

nein

Beschäftigen Sie einen Arzt in Weiterbildung?

nein

ja und zwar mit _____ Wochenstunden

Angaben zur Kontaktaufnahme durch die Bewerber

Praxisadresse

PLZ

Ort

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

Telefon für Kontaktaufnahme

E-Mail-Adresse für Kontaktaufnahme

Sonstiges (z.B. Kontakt über Rechtsanwalt)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name sowie die o.g. Kontaktdaten an die Bewerber für meinen Vertragsarztsitz weitergegeben werden.

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsarzt bzw. seines über den VA-Sitz
verfügungsberechtigten Erben

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Kennziffer

Online-Ausschreibung

Antrag geprüft von

--	--	--