Bitte zurücksenden
per E-Mail an: praxisaufnahme@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Sitzung am	Seite
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

Anschrift

PLZ ☐☐☐☐☐ Ort Hamburg

Telefon

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 Homepage unter dem Stichwort: Arzneimittelverordnung/Ausfüllanleitung.

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

☐ ja

☐ nein

Muster
Betriebsstättennummer
Name Einrichtung / Institut
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort
Telefonnummer und Faxnummer

Welche Art von Stempel möchten Sie?

☐ Holzstempel

oder

☐ Stempelplatte für Stempelgerät _____ mit der Nummer _____

(z.B. Trodat 5204)

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen 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)**:**

| | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | ; | | | | | | | | | | | , | | | | | | | | | | |

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 AUSSCHEIDEN 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 Handelsregisterauszug oder den Gesellschaftervertrag bei.

KV Hamburg, Abteilung IT-D, Postfach 76 06 20, 22056 Hamburg, Fax: 040-22 80 2-420,

Email: online-services@kvhh.de