

Faxnummer: 040 22802 -738  
E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Eintragung Warteliste						ENR
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Antragsprüfung am						MA Kürzel
Eintragung in Warteliste am						MA Kürzel

## Antrag auf Eintragung in die Warteliste

gemäß § 103 Abs. 5 Satz 2 SGB V

**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.

**Bitte beachten Sie:** Der Eintrag in die Warteliste(n) kann erst erfolgen, wenn der Antrag vollständig vorliegt und die Gebühr eingegangen ist.

ggf. Titel, Vorname, Name

Fachgebiet

Privatanschrift

PLZ

Ort

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

Telefonnummer

E-Mail

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

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

M  W  D

Bei welcher KV sind Sie im Arztregister eingetragen?

**Hinweis:** Sind Sie nicht bei der KV Hamburg eingetragen, muss dem Antrag auf Eintragung in die Warteliste eine Kopie des Arztregisterauszuges Ihrer KV beigefügt werden.

## Gebühren

**Hinweis:** Für den Eintrag in die Warteliste wird eine einmalige Gebühr gem. § 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 59 Abs. 1 Satz 3 Satzung der KVH von 50,00 € erhoben. Auch wenn Sie in mehreren Wartelisten geführt werden, beträgt die Gebühr einmalig 50,00 €.

Die für diesen Antrag zu entrichtende Gebühr von **50,00 €** soll wie folgt gezahlt werden:

- per EC Karte
- per Überweisung auf das Konto: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank  
IBAN DE36 3006 0601 0001 3350 06, BIC DAAEDEDXXX,  
Verwendungszweck "Warteliste für..."

**Ich möchte auf folgender bzw. folgenden Warteliste(n) geführt werden:**

- Augenärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Augenheilkunde)
- Anästhesisten**  
(enthaltene Fachgebiete: Anästhesiologie, Anästhesiologie und Intensivtherapie)
- Chirurgen und Orthopäden**  
(enthaltene Fachgebiete: Allgemeine Chirurgie, Chirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie)
- fachärztliche Internisten**  
(enthaltene Fachgebiete: Innere Medizin mit der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung, Lungenärzte sowie Innere Medizin und SP Kardiologie, Innere Medizin und SP Angiologie, Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und SP Nephrologie, Innere Medizin und SP Rheumatologie, Innere Medizin und SP Gastroenterologie, Innere Medizin mit SP Geriatrie, Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin)
- Frauenärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
- Hals-Nasen-Ohrenärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen)
- Hausärzte** (enthaltene Fachgebiete: Ärzte, Praktische Ärzte, Innere Medizin und Allgemeinmediziner mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)
- Hautärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Haut- und Geschlechtskrankheiten)
- Humangenetiker**  
(enthaltene Fachgebiete: Humangenetik)
- Kinder- und Jugendpsychiater**  
(enthaltene Fachgebiete: Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**  
(enthaltene Fachgebiete: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)
- Kinderärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Kinderheilkunde, Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendarzt)
- Laborärzte**  
(enthaltene Fachgebiete: Laboratoriumsmedizin, Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Mikrobiologie und Virologie und Infektionsepidemiologie)

**Nervenärzte**

*(enthaltene Fachgebiete: Nervenheilkunde, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie)*

**Neurochirurgen**

*(enthaltene Fachgebiet: Neurochirurgie)*

**Nuklearmediziner**

*(enthaltene Fachgebiet: Nuklearmedizin)*

**Pathologen**

*(enthaltene Fachgebiete: Pathologische Anatomie, Neuropathologie, Pathologie)*

**Physikalische und Rehabilitations-Mediziner**

*(enthaltene Fachgebiete: Physiotherapie, Physikalische und Rehabilitative Medizin)*

**Psychotherapeuten**

*(enthaltene Fachgebiete: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapie Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)*

**Radiologen**

*(enthaltene Fachgebiete: Diagnostische Radiologie, Radiologie, Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik)*

**Strahlentherapeuten**

*(enthaltene Fachgebiet: Strahlentherapie)*

**Transfusionsmediziner**

*(enthaltene Fachgebiete: Blutspende und Transfusionsmedizin, Transfusionsmedizin)*

**Urologen**

*(enthaltene Fachgebiet: Urologie)*

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich dem Arztregister unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift