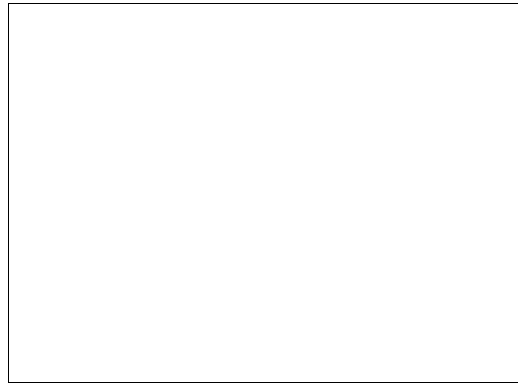


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: [arztregister@kvhh.de](mailto:arztregister@kvhh.de)

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Erklärung über die Beschäftigung von Famulanten in der Vertragsarztpraxis

**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.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg stellt Medizinstudenten auf Anfrage Listen von Vertragspraxen zur Verfügung, in denen während der Semesterferien Famulaturen abgeleistet werden können.

**Sollten auch Sie als Vertragsarzt bereit sein, Medizinstudenten in Ihrer Praxis zu beschäftigen, senden bzw. faxen Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zurück.**

Ich bin bereit, einen Medizinstudenten in meiner Praxis zu beschäftigen und erkläre mich mit der Weitergabe meiner Anschrift an Medizinstudenten einverstanden.

Meine lebenslange Arztnummer (LANR) lautet:

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben