

Faxnummer: 040 22802 -738

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

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Eintragung Interessentenverzeichnis						
<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein			
Eintragung am					MA Kürzel	

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

## Antrag auf Eintragung in das Interessentenverzeichnis für Hamburg

**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.

ggf. Titel, Vorname, Name des Antragstellers

--

Geburtsdatum

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


Geschlecht

männlich     weiblich     divers

Folgende **Kontaktinformationen** werden anfragenden Ärzten/Psychotherapeuten bei Interesse zur Verfügung gestellt:

 Telefonnummer

 Mobilfunknummer

 E-Mail

Telefon

Mobilfunknummer

--	--

E-Mail

--

**An welcher Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung haben Sie Interesse?**

Anstellung beim Arzt

Praxisübernahme (Zulassung)

Jobsharing

**Aufnahme in folgend(e) Interessentenverzeichnisse:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augenärzte                      | <input type="checkbox"/> Kinderärzte                                    | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten  |
| <input type="checkbox"/> Anästhesisten                   | <input type="checkbox"/> Laborärzte                                     | <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> VT |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen und Orthopäden        | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-<br>Gesichtschirurgen              | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-<br>psychotherapeuten   |
| <input type="checkbox"/> Fachinternisten                 | <input type="checkbox"/> Nervenärzte                                    | <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> VT |
| <input type="checkbox"/> Frauenärzte                     | <input type="checkbox"/> Neurochirurgen                                 | <input type="checkbox"/> Urologen   |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenärzte           | <input type="checkbox"/> Nuklearmediziner                               |   |
| <input type="checkbox"/> Hautärzte                       | <input type="checkbox"/> Radiologen                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Hausärzte                       | <input type="checkbox"/> Physikalische und<br>Rehabilitations-Mediziner |   |
| <input type="checkbox"/> Humangenetiker                  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> Pathologen                                     |   |

**Verfügen Sie über Schwerpunkte?**

ja, folgende:

**Verfügen Sie über Zusatzweiterbildung(en)?**

ja, folgende:

**Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?**

Sprache: \_\_\_\_\_

Sprache: \_\_\_\_\_

Sprache: \_\_\_\_\_

Sprache: \_\_\_\_\_

Kenntnisse ausreichend für  
Diagnose/Behandlung

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine genannten Daten an niedergelassene Ärzte weitergegeben werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift