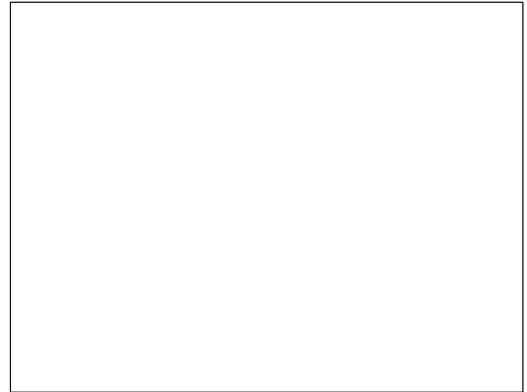


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Stempel Arbeitgeber

## Antrag auf Erteilung einer lebenslangen Arztnummer (LANR)

**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.

### Angaben zum Antragsteller (Arzt für den die LANR beantragt wird)

ggf. Titel, Vorname, Name

### Dem Antrag werden folgende Unterlagen in Kopie bebefügt:

- Approbationsurkunde
- ggf. Promotionsurkunde
- Zertifikat über die Anerkennung als Facharzt bzw. Fachkundenachweis (bei Psychotherapeuten)

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

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

Geschlecht

M  W  D

Privatanschrift

PLZ

Ort

tätig ab

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

ggf. tätig bis

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

### Angaben zum Arbeitgeber

Name

Ansprechpartner

Telefon für Rückfragen

**Die LANR wird aus folgendem Grund beantragt:**

Vertretung auf einer temporär unbesetzten Arztstelle beim MVZ oder Vertragsarzt.

Behandlung von Patienten, die von der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V vermittelt wurden.

Tätigkeit nach § 116 b SGB V alte Fassung für folgende Indikationen:  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Antragstellers**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Arbeitgebers**