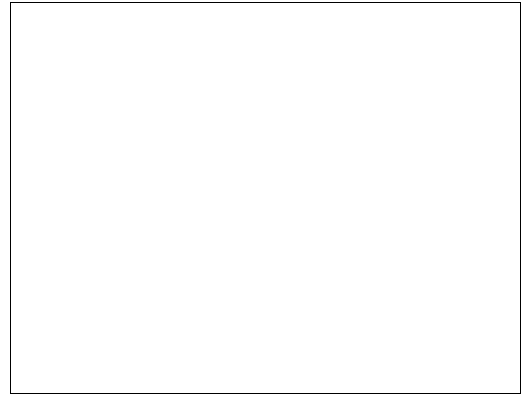


Faxnummer: 040 22802 -738

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 begefügt:

- 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.

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

Ort und Datum

Unterschrift des **Antragstellers**

Ort und Datum

Unterschrift des **Arbeitgebers**