

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Ermächtigung im Hamburger Ärzteblatt

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.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darf Ihre Daten nur für interne Zwecke und für ausdrücklich vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgaben verwenden. Wenn Sie es wünschen, werden wir die Ihnen erteilte Ermächtigung nach Bestandskraft des Beschlusses des Zulassungsausschusses bzw. die Beendigung Ihrer Ermächtigung nach der Kenntnisnahme im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen.

Bei einer neuen Ermächtigung bzw. einer neuerteilten Ermächtigung mit verändertem Ermächtigungsumfang würden wir mit Ihrer Einwilligung folgende Daten im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen:

- Name
- Facharztbezeichnung (bei persönlich ermächtigten Ärzten)
- Vertragsarztsitz
- Datum, zu dem die Ermächtigung erteilt wurde
- Ermächtigungs-Tatbestand

Bei einer beendeten Ermächtigung würden wir mit Ihrer Einwilligung folgende Daten im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen:

- Name
- Facharztbezeichnung (bei persönlich ermächtigten Ärzten)
- Vertragsarztsitz
- Ermächtigungs-Tatbestand
- Datum der Beendigung

Mit der Veröffentlichung der o. g. Daten bin ich einverstanden:

- ja
- nein

Ort und Datum

Unterschrift
(bei ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen: Unterschrift des
ärztlichen Leiters)

Name in Druckbuchstaben