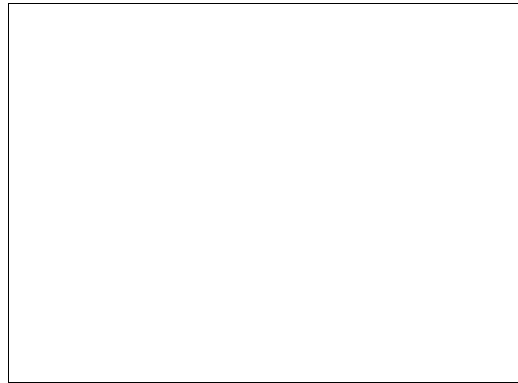


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: Foerderung.Famulatur@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.

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

Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung Ihrer (Praxis-) Daten auf der Website der KV Hamburg (Famulaturpraxen). Die Übersicht enthält folgende Informationen: Praxis, Fachgruppen, Stadtteil, Anschrift, E-Mail und Website.

Meine lebenslange Arztnummer (LANR) lautet:

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

Ort und Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben