

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

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Sonderbedarfszulassung im Hamburger Ärzteblatt

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

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.

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 Zulassung nach Bestandskraft des Beschlusses des Zulassungsausschusses im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen. In diesem Fall senden Sie uns bitte diese Erklärung unterschrieben zurück.

Mit Ihrer Einwilligung würden wir folgende Daten im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichen:

- ➔ Name
- ➔ Facharztbezeichnung
- ➔ Vertragsarztsitz
- ➔ Datum, zu dem die Zulassung erteilt wurde
- ➔ Sonderbedarfs-Tatbestand

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

- ja
- nein

ggf. Titel Vorname Name

Ort und Datum

Unterschrift