

Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Antrag auf Genehmigung zur partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet.

**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/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

### Name des Antragstellers

ggf. Titel, Vorname, Name / Medizinisches Versorgungszentrum / Berufsausübungsgemeinschaft

ggf. Name des angestellten Arztes

**Fachgebiet** des Arztes, der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen möchte:

**Zusatzbezeichnung** des Arztes, der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen möchte:

**Die partielle Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung wird für folgende Leistungen beantragt:**

**Die Genehmigung der partiellen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung soll erfolgen zum:**

	.		.				

**Dem im Original einzureichenden Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:**



**Bitte fügen Sie diesem Antragsformular ein formloses Schreiben zur Begründung des besonderen Versorgungsbedarfs im Original bei:**

Warum ist die von Ihnen beantragte Genehmigung unerlässlich, um die Versorgung der Patienten mit den von Ihnen beantragten Leistungen sicherzustellen?

**Erklärung**

**Ich/Wir versicher/n die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT meiner/unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich/wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.**

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

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

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift BAG-Partner

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift BAG-Partner

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

**Gebühren**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** (§ 46 Abs. 1 lit c Ärzte-ZV) erhoben, die mit Stellung des Antrags fällig wird.

Diese soll wie folgt gezahlt werden:

☐ per Abbuchung vom aktuellen Honorar-Konto bei der KVH

☐ per Überweisung auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "ERW für (ggf. Titel) VORNAME NAME"

**Bitte beachten Sie:** Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

**Empfehlung:** Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.

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

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

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift BAG-Partner

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift BAG-Partner

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben