

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.kvh.net/de/praxis/recht-verträge/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 beigefügt:

☞ 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

Name in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift BAG-Partner

Name in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift BAG-Partner

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

Name in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift BAG-Partner

Name in Druckbuchstaben

ggf. Unterschrift BAG-Partner

Name in Druckbuchstaben