

**Bitte zurücksenden**  
**per E-Mail an: [arztregister@kvhh.de](mailto:arztregister@kvhh.de)**

oder

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

---

## **Einverständniserklärung zur Datenweitergabe an die gemeinsame Patientenberatung der KVH und Ärztekammer**

**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 nachfolgend genannte Informationen zu Ihrer aktuellen Ermächtigung an die Patientenberatung weiterleiten.

Für Ihre aktuelle Ermächtigung würden wir mit Ihrer Einwilligung folgende Daten weiterleiten:

- Name des ermächtigten Arztes / der ermächtigten Einrichtung
- Facharztbezeichnung (bei persönlich ermächtigten Ärzten)
- Vertragsarztsitz
- Ermächtigungsumfang einschließlich Überweiserkreis
- Fristende der Ermächtigung

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

- ja  
 nein

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

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

Stempel Arzt / erm. Einrichtung oder BSNR-Nummer