

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

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Sitzung am						Seite					
Honorarnummer											
PAF geprüft am						MA (Kürzel)					
Stempelbestellung am						MA (Kürzel)					

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Praxisaufnahmeformular "Einzelpraxis"

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.

Neuzulassung: Ich erkläre hiermit, meine vertragsärztliche Tätigkeit am

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

 aufzunehmen.

oder

Ich habe/werde meine Praxis am

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

 verlegt/verlegen.

oder

Sonstiges: _____ zum

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

Persönliche Daten

Titel

Familienname

Rufname

Zugelassen im Fachgebiet / in den Fachgebieten

Angaben zur Vertragspraxis

ggf. Praxisname

Praxisanschrift

PLZ

Ort

					Hamburg
--	--	--	--	--	---------

Telefon der Praxis

Fax der Praxis

E-Mail der Praxis

Homepage der Praxis

Hinweis: Die oben angegebenen Daten werden, bis auf den Praxisnamen, auf unserer Arztsuche unter www.kvhh.net veröffentlicht. Die Angabe einer Telefonnummer ist zwingend erforderlich.

Ich bin in einer Praxisgemeinschaft tätig:

Unter einer Praxisgemeinschaft ist die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen, sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte zu verstehen.

Im Gegensatz zur Berufsausübungsgemeinschaft handelt es sich um zwei oder mehrere selbstständige / eigenständige Praxen. Für die Praxisgemeinschaft bedarf es keiner Genehmigung.

nein

ja, mit folgenden Ärzten:

Praxisstempel

Hinweis: Die Stempelfirma benötigt 1 bis 2 Wochen für die Lieferung an die KV Hamburg. Erst dann kann ein Versand des Stempels per Post an Sie erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass der Stempelabdruck auf den Kassenrezepten den Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung entsprechen muss.

Weitere Infos hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort: Arzneimittelverordnung/Ausfüllanleitung.

Ich möchte von der KVH einen Praxisstempel nach folgendem Muster erhalten:

- ja
 nein

Muster

Betriebsstättennummer
ggf. Praxisname
Titel, Rufname und Name des Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort
Telefonnummer und Faxnummer

Soll zusätzlich der Praxisname auf dem Stempel erscheinen? (siehe Seite 2)

- ja
 nein

Welche Art von Stempel möchten Sie?

- Holzstempel

oder

- Stempelplatte für Stempelgerät

mit der Nummer

(z.B. Trodat 5204)

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich dem Arztregister mitteilen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erfolgt.

Ort und Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift