

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 (ermächtigte Einrichtung / Institut)

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.

Wir erklären hiermit unsere vertragsärztliche Tätigkeit am

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

 aufzunehmen.

Angaben zur Einrichtung / zum Institut

Name der Einrichtung / des Instituts

Anschrift

PLZ

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

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

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.

Arzneimittelverschreibungsverordnung entsprechen muss.

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

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

- ja
 nein

Muster
Betriebsstättennummer
Name Einrichtung / Institut
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort
Telefonnummer und Faxnummer

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 vom ärztlichen Leiters

Unterschrift des ärztlichen Leiters

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: arztregister@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 -

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Ermächtigung im Hamburger Ärzteblatt

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 die Ihrer Einrichtung erteilte Ermächtigung 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 der Einrichtung
- ➡ Umfang der Ermächtigung
- ➡ Überweiserkreis
- ➡ Tätigkeitsort
- ➡ Datum der endgültigen Beendigung der Ermächtigung

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

- ja
- nein

Ort und Datum

Unterschrift des ärztlichen Leiters

Stempel erm. Einrichtung oder BSNR-Nummer