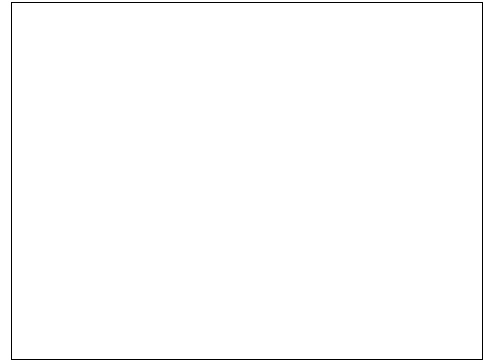


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Praxisverlegung

gemäß § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV

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

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers

Titel, Vorname, Name oder Name des Institutes

Es handelt sich um folgende(s) Fachgebiet(e):

Psychologische Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fachgebiet:

Die Verlegung der Praxis wird zum

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

beantragt.

Bisherige Anschrift

Praxisadresse

PLZ

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

Ort

Zukünftige Anschrift

Praxisadresse

PLZ

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

Ort

Handelt es sich um eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (Berufsausübungsgemeinschaft)?

nein

ja, mit folgenden Ärzten/Therapeuten:

--

Hinweis:

Falls ja, muss der Antrag auf Genehmigung bzw. Fortführung einer Berufsausübungsgemeinschaft gestellt werden!

Angaben zum Antrag auf Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft

ja, der Antrag ist beigefügt

der Antrag wird bis zum

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

 nachgereicht

Gebühren

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für diesen Antrag fällige Gebühr von 120,00 € von meinem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

➔ Bitte beachten Sie auch die folgende Seite.

