

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

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Betriebsstättenstempel

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe für angestellte Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

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.

Name des Arbeitgebers

Titel, Vorname und Name oder Name des Medizinischen Versorgungszentrums

Name des Angestellten

Hinweis: Bitte füllen Sie das Formular für jeden angestellten Vertragsarzt aus.

Titel, Vorname und Name

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darf Daten nur für interne Zwecke und ausdrücklich vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgaben verwenden. Wenn Sie es wünschen, können wir aber einzelne Daten zu Informationszwecken weitergeben. In diesem Fall senden Sie diese Einverständniserklärung bitte unterschrieben zurück.

Mit dem „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz“ (DVPMG) wurde ein neuer § 395 ins SGB V aufgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet und betreibt ein elektronisches Informationsportal, das gesundheits- und pflegebezogene Informationen barrierefrei in allgemein verständlicher Sprache zur Verfügung stellt. Das Nationale Gesundheitsportal ist unter <https://gesund.bund.de/suchen/aerztinnen-und-aerzte> zu finden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Praxisdaten, die dann von der KBV an das Nationale Gesundheitsportal übermittelt werden. In Absprache mit unserem Datenschutzbeauftragten werden wir folgende Praxisdaten auch auf unserer Arztsuche unter www.kvhh.net veröffentlichen:

1. den Vor- und Zunamen des Arztes und dessen akademischen Grad,
2. die Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Praxis oder der an der Versorgung teilnehmenden Einrichtung, in der der Arzt tätig ist,
3. die Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen,
4. die Sprechstundenzeiten,
5. die Zugangsmöglichkeit von Menschen mit Behinderung (Barrierefreiheit) zu der vertragsärztlichen Praxis oder der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung, in der Arzt tätig ist, sowie
6. das Vorliegen von Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbe-
reiche in der vertragsärztlichen Versorgung.

1. Ärzte- und Psychotherapeutenlisten

Die KVH wird häufig von Dritten um Herausgabe von Listen mit Vertragsärzten gebeten.

Wenn Sie es wünschen, würden wir Ihre folgenden Daten in solche Listen aufnehmen:

[Name, Adresse, Telefon- und Fax-Nr. der Praxis/des MVZ, Teilgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung, genehmigungspflichtige Leistungen/besondere Leistungsbereiche \(z. B. DMP, Schmerztherapie\), Fremdsprachen.](#)

Mit der Weitergabe der o. g. Daten an "**interne**" Empfänger (Ärztekammer / Psychotherapeutenkammer, niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, ärztliche / psychotherapeutische Verbände und Krankenhäuser) bin ich einverstanden:

ja

nein

Mit der Weitergabe der o. g. Daten an "**externe**" Empfänger (z.B. Verlage, Patientenorganisationen, Pharmafirmen usw.) bin ich einverstanden:

ja

nein

2. Ärztekammer Hamburg (gilt nicht für Psychotherapeuten)

Als niedergelassener Arzt sind Sie gesetzlich dazu verpflichtet, der Ärztekammer Hamburg Daten zur Verfügung zu stellen. **Folgende Daten leiten wir auf Wunsch gern für Sie an die Ärztekammer weiter:**

[Titel, Name, Niederlassungsdaten, Zulassungsfachgebiet, ggf. Tätigkeit im MVZ, ggf. Ermächtigungsdaten, Praxisadresse sowie Tel. und Fax-Nr., Sprechzeiten, Abrechnungsnummer, Privatadresse sowie Tel. und Fax-Nr., Geburtsdatum](#)

Mit der Weitergabe der Daten bin ich einverstanden:

ja

nein

Gerne möchten wir den für Sie entstehenden Aufwand beim Erfüllen Ihrer Nachweispflicht gegenüber der KV Hamburg geringhalten. Ein Einreichen Ihrer Nachweise über Fortbildungen, Fallkonferenzen oder Qualitätszirkel entfällt dadurch in den meisten Fällen.

Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis.

3. Fortbildungsdaten (5-Jahreszeitraum - 250 Fortbildungspunkte)

Ich bin mit dem Datenaustausch folgender Daten zwischen der Ärztekammer Hamburg/
Psychotherapeutenkammer Hamburg und der KV Hamburg einverstanden:
Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Praxisadresse, Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung
(Anstellung, Zulassung, Ermächtigung), Datum des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit,
Facharztbezeichnung, Fortbildungszeitraum und Fortbildungspunkte.

ja

nein

4. Themenbezogene Fortbildungsdaten - jährliche Strukturqualität (gilt nicht für Psychotherapeuten)

Ich bin mit dem Datenaustausch folgender Daten zwischen der Ärztekammer Hamburg/
Psychotherapeutenkammer Hamburg und der KV Hamburg einverstanden:
Lebenslange Arztnummer, Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Veranstaltungstitel,
Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsort, Veranstaltungspunkte.

ja

nein

Unterschrift Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift Angestellter

Ort und Datum