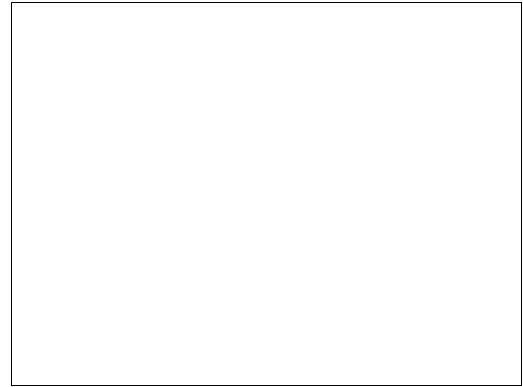


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Meldung einer Vertretung nach Beendigung einer Anstellung oder bei Reduzierung der Arbeitszeit von Angestellten

gemäß § 32 b Abs. 6 Ärzte-ZV

**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.

### Angaben zum bisherigen Angestellten

ggf. Titel, Rufname, Name

### Bei Beendigung

Grund der Beendigung der Anstellung:

Kündigung       Tod       Freistellung (Grund: \_\_\_\_\_)

### Bei Reduzierung der Arbeitszeit

Reduzierung um Faktor \_\_\_\_\_ auf Faktor \_\_\_\_\_.

Reduzierung um \_\_\_\_\_ Stunden auf \_\_\_\_\_ Stunden.

Die Vertretung erfolgt vom

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

bis zum

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

### Angaben zum Vertreter

ggf. Titel, Rufname, Name

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

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

Geschlecht

M    W    D

Fachgebiet

Datum Facharztanerkennung

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

Der Vertreter besitzt bereits eine Lebenslange Arztnummer (LANR)

Ja      LANR: 

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

**Hinweis:** Sofern der Vertreter nicht im Arztregister der KV Hamburg eingetragen ist, fügen Sie dieser Vertretermeldung bitte eine Kopie des Zertifikats über die Anerkennung als Facharzt bei.

Nein

**Hinweis:** In diesem Fall fügen Sie bitte der Vertretermeldung den Antrag des Vertreters auf Erteilung einer LANR bei. Das dafür benötigte Formular finden Sie auf der Homepage der KVH ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)) auf der Seite "Formulare" unter dem Stichwort "Lebenslange Arztnummer (LANR)".

---

Ort und Datum

---

Unterschrift Arbeitgeber