Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Genehmigungspflichtige Leistungen
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

genehmigung@kvhh.de

Arztstempel/Praxisstempel

Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft
Gemeinsame Gerätenutzung

(Bitte leserlich ausfüllen)

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:

_____

Adresse: _____

Gerätebezeichnung (Hersteller, Bj.): _____ KV-Reg.Nr. _____

Standort des Gerätes: _____

Eigentümer des Gerätes. _____

Das Gerät wird für folgende Leistung eingesetzt: _____

_____

Das Gerät wird von folgenden Ärzten mitbenutzt:

_____

_____

Das Gerät wird gemeinsam genutzt seit:_____

Ich bin als Eigentümer des Gerätes mit der gemeinsamen Nutzung der oben aufgeführten Ärzte einverstanden (Name/Unterschrift des Eigentümers)

_____
(Name/Unterschrift des Eigentümers)

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 auf unserer Homepage.
Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Name / Unterschrift von allen mitnutzenden Ärzten

Ort / Datum