

Bitte zurücksenden
per E-Mail an: praxisaufnahme@kvhh.de
als PDF-Datei

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Sitzung am						P	A	B
Honorarnummer								
PAF geprüft am						MA (Kürzel)		
Stempelbestellung am						MA (Kürzel)		

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Praxisaufnahmeformular "Ermächtigung"

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.

☐ Ich erkläre hiermit, meine vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung am

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

 aufzunehmen.

oder

☐ Ich habe/werde meinen Ermächtigungsstandort am

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

 verlegt/verlegen.

Persönliche Daten

Titel

Familienname

Rufname

Ermächtigt im Fachgebiet / in den Fachgebieten

Angaben zur Krankenhaus- oder Praxisanschrift oder Anschrift einer Einrichtung

ggf. Name des Krankenhauses oder Einrichtung

Straße und Hausnr.* (Pflichtangabe)

PLZ* (Pflichtangabe)

--	--	--	--	--

Ort

Hamburg

Telefon* (Pflichtangabe)

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.

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

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

☐ nein

☐ ja

Muster
Betriebsstättennummer
Titel, Rufname und Name des Arztes
Facharzt für ... (zugelassenes Fachgebiet)
ggf. Name des Krankenhauses, der Praxis oder der Einrichtung
Straße und Hausnummer • PLZ und Ort
Telefonnummer • ggf. Faxnummer

Wenn ja:

Welche Art von Stempel möchten Sie?

☐ Holzstempel

oder

☐ Stempelplatte für Stempelgerät

mit der Nummer

Hinweis: Voraussetzung ist ein vorhandenes eigenes Stempelgerät, z.B. Trodat 5204.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die im Formular gemachten Angaben.

Änderungen 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

Unterschrift