

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

oder

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Sitzung am						Seite	
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 Praxis-) anschrift oder Anschrift einer Einrichtung

ggf. Name des Krankenhauses oder Einrichtung

Anschrift

PLZ

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

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

Die Sprechzeiten werden zu folgenden Tages-/ Uhrzeiten erbracht:

### Vormittags

### Nachmittags

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

## 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 Homepage unter dem Stichwort: Arzneimittelverordnung/Ausfüllanleitung.

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

- ja  
 nein

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 und Faxnummer

Welche Art von Stempel möchten Sie?

- Holzstempel

oder

- Stempelplatte für Stempelgerät

mit der Nummer

(z.B. Trodat 5204)

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen 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