

Faxnummer: 040 22802 -738

- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -

Honorarnummer							
üBAG genehmigt in ZA am							
üBAG genehmigt mit Wirkung ab							

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Erklärung der Betriebsstätten

gemäß § 15 a Abs. 4 Satz 4 und 5 BMV-Ä

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen.

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.

Hat die Berufsausübungsgemeinschaft mehrere örtlich unterschiedliche Vertragsarztsitze im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmen die Berufsausübungsgemeinschaftspartner durch Anzeige an die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertragsarztsitz als Hauptbetriebsstätte und den oder die weiteren Vertragsarztsitze als Nebenbetriebsbetriebsstätte(n). Die Wahl des Sitzes ist für den Ort zulässig, wo der Versorgungsschwerpunkt der Tätigkeit der BAG liegt. Die Wahlentscheidung ist für die Dauer von zwei Jahren verbindlich und kann nur für den Beginn eines Quartals getroffen werden.

Bitte beachten Sie, dass sämtliche Post der KVH an die Mitglieder Ihrer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft aus rechtlichen Gründen an die von Ihnen gewählte Hauptbetriebsstätte gesandt wird. Damit Sie auch per Einschreiben versandte Schriftstücke erreichen, sorgen Sie bitte in Form einer **Vollmacht** dafür, dass **Einschreiben** für alle Mitglieder Ihrer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an der Hauptbetriebsstätte entgegengenommen werden dürfen.

Hauptbetriebsstätte

Anschrift

PLZ

Ort

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

Nebenbetriebsstätten

Anschrift

PLZ

Ort

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

weitere Nebenbetriebsstätten

Anschrift	PLZ	Ort
Anschrift	PLZ	Ort
Anschrift	PLZ	Ort
Anschrift	PLZ	Ort
Anschrift	PLZ	Ort

Eigenhändige Unterschriften (nur zugelassene Ärzte)

Hinweis: Reicht der Platz für die Unterschriften nicht aus, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben