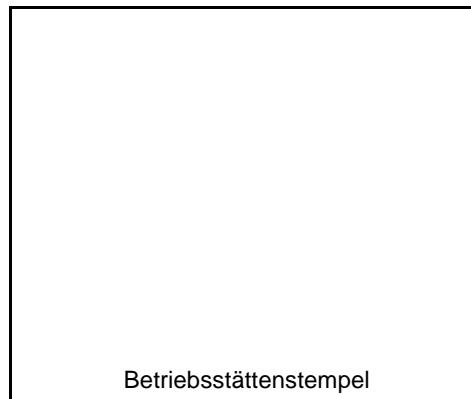


Bitte zurücksenden

per E-Mail an: arztregister@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe für zugelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

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.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darf Daten nur für interne Zwecke und ausdrücklich vom Gesetzgeber zugewiesene Aufgaben verwenden. **Wenn Sie es wünschen, können wir aber einzelne Daten zu Informationszwecken weitergeben. In diesem Fall senden Sie diese Einverständniserklärung bitte unterschrieben zurück.**

1. Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutensuche auf der Homepage der KVH

Die KVH ist gesetzlich verpflichtet, die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte sowie die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zu den Praxen zu veröffentlichen. Dies erfolgt im Rahmen der "Arztsuche" auf der Homepage der KVH. Wenn Sie es wünschen, können bei der Arztsuche darüber hinaus weitere Daten angezeigt werden.

Mit Ihrer Einwilligung würden wir - außer Ihrem Namen und dem Fachgebiet, Ihrer Praxisadresse mit den Angaben zur Barrierefreiheit und den Sprechstundenzeiten - folgende Daten auf der Homepage bereitstellen:

Telefon- und Fax-Nr. der Praxis/des MVZ, Teilgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung, genehmigungspflichtige Leistungen/besondere Leistungsbereiche (z. B. DMP, Schmerztherapie), Fremdsprachen.

Mit der Veröffentlichung der o. g. Daten auf www.kvhh.de bin ich einverstanden:

ja nein

2. Ärzte- und Psychotherapeutenlisten

Die KVH wird häufig von Dritten um Herausgabe von Listen mit Vertragsärzten gebeten. Wenn Sie es wünschen, würden wir Ihre folgenden Daten in solche Listen aufnehmen: Name, Adresse, Telefon- und Fax-Nr. der Praxis/des MVZ, Teilgebiet, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung, genehmigungspflichtige Leistungen/besondere Leistungsbereiche (z. B. DMP, Schmerztherapie), Fremdsprachen.

Mit der Weitergabe der o. g. Daten an "**interne**" Empfänger (Ärztekammer / Psychotherapeutenkammer, niedergelassene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, ärztliche / psychotherapeutische Verbände und Krankenhäuser) bin ich einverstanden:

ja nein

Mit der Weitergabe der o. g. Daten an "**externe**" Empfänger (z.B. Verlage, Patientenorganisationen, Pharmafirmen usw.) bin ich einverstanden:

ja nein

3. Fortbildungsdaten (5-Jahreszeitraum - 250 Fortbildungspunkte)

Ich bin mit der Weitergabe folgender Daten von der KV Hamburg an die Ärztekammer Hamburg / Psychotherapeutenkammer Hamburg einverstanden:

Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Praxisadresse, Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung (Anstellung, Zulassung, Ermächtigung), Datum des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit, Fortbildungszeitraum.

ja nein

4. Themenbezogene Fortbildungsdaten - jährliche Strukturqualität (gilt nicht für Psychotherapeuten)

Ich bin mit der Weitergabe folgender Daten (themenbezogener Fortbildungsdaten) von der Ärztekammer Hamburg an die KV Hamburg einverstanden:

Lebenslange Arztnummer, Titel, Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Veranstaltungstitel, Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsort, Veranstaltungspunkte.

ja nein

5. Ärztekammer Hamburg (gilt nicht für Psychotherapeuten)

Als niedergelassener Arzt sind Sie gesetzlich dazu verpflichtet, der Ärztekammer Hamburg Daten zur Verfügung zu stellen. **Folgende Daten leiten wir auf Wunsch gern für Sie an die Ärztekammer weiter:**

Titel, Name, Niederlassungsdaten, Zulassungsfachgebiet, ggf. Tätigkeit im MVZ, ggf. Ermächtigungsdaten, Praxisadresse sowie Tel. und Fax-Nr., Sprechzeiten, Abrechnungsnummer, Privatadresse sowie Tel. und Fax-Nr., Geburtsdatum

Mit der Weitergabe der Daten bin ich einverstanden:

ja nein

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ort und Datum