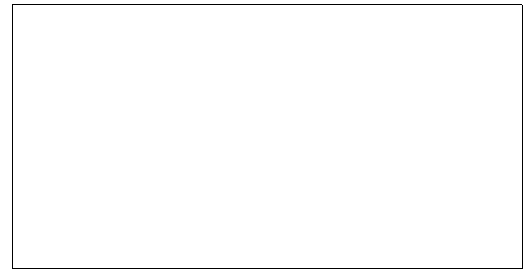


Faxnummer: 040 22 802 -738

Kassenärztliche Vereinigung  
Hamburg  
Arztregister  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## Angaben zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes

gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

**Hinweis:** Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Arzt" auch Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

**Bitte beachten Sie das Informationsblatt "Information zur Ausschreibung von Vertragsarztsitzen".**

**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.

### Name des Vertragsarztes

Titel, Name, Vorname

In welchem Umfang beabsichtigen Sie Ihre Praxis an eine/n Nachfolger/in weiterzugeben?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> meine <b>volle</b> Zulassung       | <input type="checkbox"/> eine <b> Hälfte</b> meiner <b>vollen</b> Zulassung     |
| <input type="checkbox"/> meine <b>dreiviertel</b> Zulassung | <input type="checkbox"/> ein <b>Viertel</b> meiner <b>vollen</b> Zulassung      |
| <input type="checkbox"/> meine <b>hälfte</b> Zulassung      | <input type="checkbox"/> ein <b>Viertel</b> meiner <b>dreiviertel</b> Zulassung |

In welchem Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) wurde Ihre Zulassung erteilt?

Zu wann beabsichtigen Sie Ihre Praxis an einen Nachfolger weiterzugeben?

/   
Quartal                      Jahr

- zum nächstmöglichen Quartal

Um welche Art Vertragssitz handelt es sich?

- Einzelpraxis  
 Sitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  
 Sitz in einem personengesellschaftlich organisierten MVZ (GbR / PartnG)

Beschäftigen Sie einen angestellten Arzt?

nein

ja und zwar mit folgendem Fachgebiet:

Falls ja, soll die Arztstelle - sofern Sie nur auf Ihre halbe Zulassung verzichten - mit ausgeschrieben werden?

ja

nein

Beschäftigen Sie einen Arzt in Weiterbildung?

nein

ja und zwar mit  Stunden / Woche

### Angaben zur Kontaktaufnahme durch die Bewerber

Praxisadresse

PLZ

Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefon für Kontaktaufnahme

E-Mail-Adresse für Kontaktaufnahme

Sonstiges (z.B. Kontakt über Rechtsanwalt)

Kann die Praxis in den derzeitigen Räumen vom Praxisübernehmer fortgeführt werden?

ja

nein

**Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Kontaktdaten sowie die Angaben zur Verfügbarkeit der Praxisräume an die Interessenten für meinen Vertragsarztsitz weitergegeben werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt bzw. seines über den VA-Sitz  
verfügungsberechtigten Erben

**- wird von der KV Hamburg ausgefüllt -**

Kennziffer

Online-Ausschreibung

Antrag geprüft von

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------