

Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Meldung einer Vertretung nach Beendigung einer Anstellung oder bei Reduzierung der Arbeitszeit von Angestellten

gemäß § 32 b Abs. 6 Ärzte-ZV

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.

Angaben zum bisherigen Angestellten

ggf. Titel, Rufname, Name

Bei Beendigung

Grund der Beendigung der Anstellung:

Kündigung Tod Freistellung (Grund: _____)

Bei Reduzierung der Arbeitszeit

Reduzierung um Faktor _____ auf Faktor _____.

Reduzierung um _____ Stunden auf _____ Stunden.

Die Vertretung erfolgt vom

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

bis zum

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Angaben zum Vertreter

ggf. Titel, Rufname, Name

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Geschlecht

M W D

Fachgebiet

Datum Facharztanerkennung

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Der Vertreter besitzt bereits eine Lebenslange Arztnummer (LANR)

Ja LANR:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hinweis: Sofern der Vertreter nicht im Arztregister der KV Hamburg eingetragen ist, fügen Sie dieser Vertretermeldung bitte eine Kopie des Zertifikats über die Anerkennung als Facharzt bei.
Die folgenden Seiten müssen nicht ausgefüllt werden.

Nein

Hinweis: In diesem Fall fügen Sie bitte der Vertretermeldung den Antrag des Vertreters auf Erteilung einer LANR bei.
Das dafür benötigte Formular ist diesem Formular angehängt

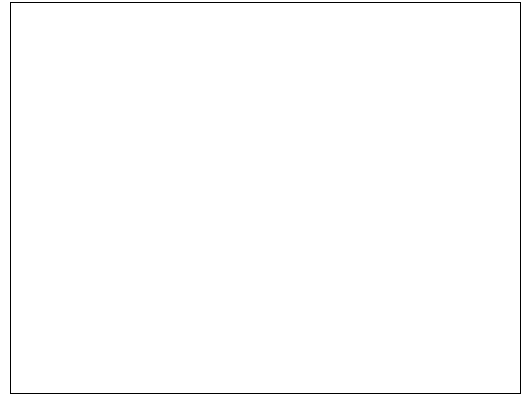
Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Stempel Arbeitgeber

Antrag auf Erteilung einer lebenslangen Arztnummer (LANR)

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.

Angaben zum Antragsteller (Arzt für den die LANR beantragt wird)

ggf. Titel, Vorname, Name

Dem Antrag werden folgende Unterlagen in Kopie begefügt:

- Approbationsurkunde
- ggf. Promotionsurkunde
- Zertifikat über die Anerkennung als Facharzt bzw. Fachkundenachweis (bei Psychotherapeuten)

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Geschlecht

M W D

Privatanschrift

PLZ

Ort

tätig ab

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

ggf. tätig bis

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Angaben zum Arbeitgeber

Name

Ansprechpartner

Telefon für Rückfragen

Die LANR wird aus folgendem Grund beantragt:

Vertretung auf einer temporär unbesetzten Arztstelle beim MVZ oder Vertragsarzt.

Behandlung von Patienten, die von der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V vermittelt wurden.

Tätigkeit nach § 116 b SGB V alte Fassung für folgende Indikationen:

Ort und Datum

Unterschrift des **Antragstellers**

Ort und Datum

Unterschrift des **Arbeitgebers**