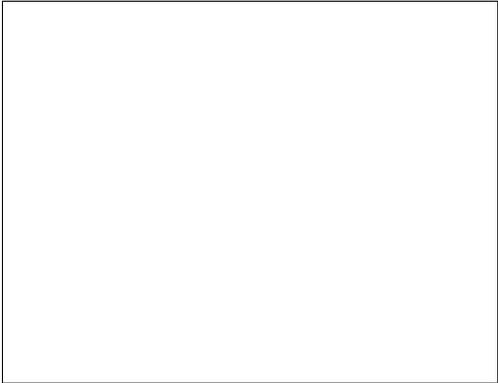


Faxnummer: 040 22802 -738

E-Mail: arztregister@kvhh.de

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Meldung einer Vertretung

gemäß §§ 32 Abs.1, 32b 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 abwesenden Vertragsarzt / angestellten Arzt / PT

Titel, Rufname, Name

Grund der Abwesenheit:

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urlaub | <input type="checkbox"/> Vorübergehende Freistellung (nur bei Angestellten) | <input type="checkbox"/> Wehrübung | <input type="checkbox"/> Mutterschutz |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Fortbildung | | <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Elternzeit |

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird vom bis zum

nicht persönlich ausgeübt.

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsarzt / PT / Arbeitgeber

Angaben des Vertreters

Ich bestätige die oben genannte Vertretung wie folgt:

Titel, Rufname, Name

Fachgebiet

Ich bin derzeit als zugelassener / angestellter Arzt tätig:

- ja nein

Falls nein, bitte Seite 2 ausfüllen und Kopie der Facharzturkunde beifügen.

- Kopie der Facharzturkunde liegt der KV bereits vor

Ort und Datum

Unterschrift Vertreter und ggf. Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. 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: <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Persönliche Daten des vertretenden Arztes

ggf. Titel, Vorname, Name

Privatanschrift

PLZ

Ort

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

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

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

M W D

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon privat

Handy

LANR - sofern vorhanden -

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

Promotion

Ja Nein