

Praxisstempel

Hinweis: Die Stempelfirma benötigt 1 bis 2 Wochen für die Lieferung an die KV Hamburg. Erst dann kann ein Versand des Stempels per Post an Sie erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass der Stempelabdruck auf den Kassenrezepten den Vorgaben der Arzneimittelverschreibungsverordnung entsprechen muss.

Weitere Infos hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort: Arzneimittelverordnung/Ausfüllanleitung.

Wir möchten von der KVH einen Praxisstempel nach folgendem Muster erhalten:

- ja
 nein

Muster

Betriebsstättennummer
Name des Medizinischen Versorgungszentrums
Fachärzte für ... (zugelassene Fachgebiete)
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort
Telefonnummer und Faxnummer

Welche Art von Stempel möchten Sie?

- Holzstempel

oder

- Stempelplatte für Stempelgerät
(z.B. Trodat 5204)

mit der Nummer

Wir versichern, dass die von uns in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werden wir unverzüglich dem Arztregister mitteilen. Wir haben zur Kenntnis genommen, dass das Arztregister mittels EDV erstellt wird und die Speicherung, Übermittlung und Löschung nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erfolgt.

Ort und Datum

Name des Geschäftsführers in Druckbuchstaben

Unterschrift des Geschäftsführers

Antrag nur für MVZ, GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) und Institutermächtigung

Anmeldung für Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung für bevollmächtigte Personen zum gesicherten Onlineportal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Honorarnummer: _____

Name der Betriebsstätte / Honorareinheit:

Hiermit beantrage ich (Name kfm. Geschäftsführer / Insolvenzverwalter)

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Für die Praxis / Einrichtung persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung (für weitere BSNRs) **für folgende Person:**

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

Für die Praxis / Einrichtung persönliche Zugangsdaten bzw. Zugangsdatenerweiterung (für weitere BSNRs) **für folgende Person:**

(Name, Geburtsdatum, lebenslange Arztnummer (falls vorhanden))

Angabe der Haupt- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR / NBSNR):

Diese Zugangsdaten erlauben den Zugriff auf die Honorareinheit mit Einsicht in die Honorarbescheide und die dazu gehörigen Betriebsstätten.

Ort, Datum, **Unterschrift Geschäftsführer / Insolvenzverwalter**

Stempel

BITTE BEACHTEN SIE:

BEI VERÄNDERUNGEN WIE AUSSCHEIDEN EINES MITARBEITERS AUS DEM ARBEITSVERHÄLTNIS MUSS DER ONLINEZUGANG WIEDER ABGEMELDET BZW. GESPERRT WERDEN. BEI VERÄNDERUNGEN DER PRAXISSITUATION MÜSSEN DIE ZUGANGSDATEN NEU BEANTRAGT BZW. ANGEPASST WERDEN.

HINWEIS: Legen Sie bitte einen aktuellen Handelsregisterauszug oder den Gesellschaftervertrag bei.