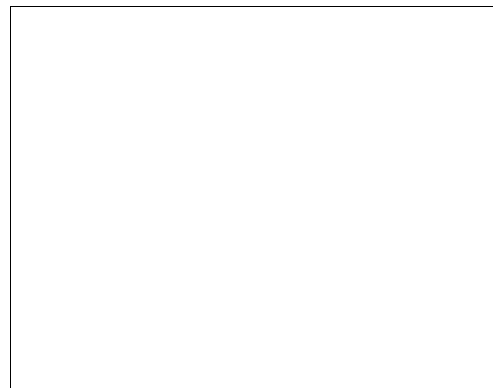


Faxnummer: 040 22802 -738

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

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 zur abwesenden leistungserbringenden Person

Titel Rufname Name

Grund der Abwesenheit:

- Urlaub Krankheit Vorübergehende
- Ärztliche Fortbildung Wehrübung Freistellung
- Beschäftigungsverbot (nur bei Angestellten)
- Entbindung (bis 12 Mon.), voraussichtliches Datum der Entbindung
- Kindererziehung (bis 36 Mon.), bitte Geburtsurkunde beifügen.

Die vertragsärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit wird vom bis zum nicht persönlich ausgeübt.

Ort und Datum

Unterschrift leistungserbringende Person

Angaben der Vertretung

Ich bestätige die oben genannte Vertretung wie folgt:

Titel Rufname Name Fachgebiet

Ich bin derzeit vertragsärztlich/vertragspsychotherapeutisch tätig:

- ja nein

Falls nein, bitte Seite 2 ausfüllen und Kopie Facharzturkunde/Approbation (bei Psych.) beifügen.

- Kopie liegt der KV bereits vor



Ort und Datum

Unterschrift Vertretung und ggf. Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

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 der Vertretung

ggf. Titel	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privatanschrift	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Staatsangehörigkeit	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon privat	Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LANR - sofern vorhanden -		
<input type="text"/>		