

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/ Psychotherapeuten/ angestellten Arzt/ Psychotherapeuten

Titel Rufname Name

Grund der Abwesenheit:

- Urlaub Vorübergehende Wehrübung Mutterschutz
 ärztliche Fortbildung Freistellung (nur bei Krankheit Elternzeit
Angestellten)

Die vertragsärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit wird vom

bis zum nicht persönlich ausgeübt.

Ort und Datum

Unterschrift Vertragsarzt / Psychotherapeut / Arbeitgeber

Angaben des Vertreters

Ich bestätige die oben genannte Vertretung wie folgt:

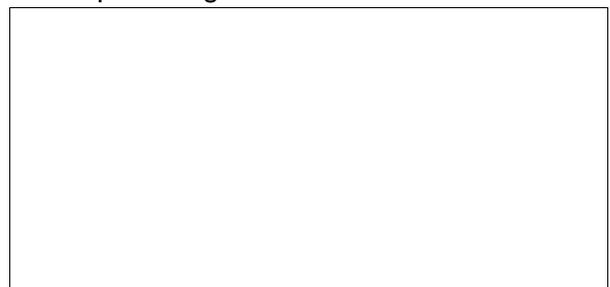
Titel Rufname Name Fachgebiet

Ich bin derzeit als zugelassener / angestellter Arzt / Psychotherapeut 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 / Psychotherapeuten

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"/>		