

Hinweis:
Dieses Formular bitte nur **einmal** für Ihre Praxisgemeinschaft ausfüllen.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Arztregister
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Fax: 069 24741-68846
E-Mail: arztregister@kvhessen.de

Meldung einer Praxisgemeinschaft gem. § 33 Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV)

Eine Praxisgemeinschaft ist nicht gleichzusetzen mit einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Hiermit bestätigen wir mit unseren Unterschriften, dass eine Praxisgemeinschaft gemäß § 33 Ärzte-ZV besteht:

Folgende Voraussetzungen sind hierbei erfüllt (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV):

- gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie
- gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal.

Ort / Datum

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Unterschrift und Arztstempel

Name des Arztes (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihrer Meldung erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung eines Arztregisters erhoben und verarbeitet. Das Arztregister wird mittels Elektronischer Datenverarbeitung erstellt. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig. Weitere Informationen zu den datenschutzrechtlichen Informationspflichten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvhessen.de/datenschutz>