



Bitte zurück an das Team Arztregister  
Fax 069 24741-68846  
Mail [arztregister@kvhessen.de](mailto:arztregister@kvhessen.de)

## Meldebogen

zur Erfassung der Tätigkeitsorte, an denen von Anästhesisten außerhalb ihres  
Vertragsarztsitzes vertragsärztliche Leistungen erbracht werden (§ 15 a Abs. 2  
Bundesmantelvertrag-Ärzte)

### 1. Name des Praxisinhabers / Betriebsstättenname

---

PLZ

Ort

Straße und Hausnummer

Bundesland

Hessen  \_\_\_\_\_

Vertragsarztpraxis  Zahnarztpraxis

Beginn der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### 2. Name des Praxisinhabers / Betriebsstättenname

---

PLZ

Ort

Straße und Hausnummer

Bundesland

Hessen  \_\_\_\_\_

Vertragsarztpraxis  Zahnarztpraxis

Beginn der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Die Vollständigkeit und Richtigkeit obiger Angaben wird bestätigt.**

Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Datenschutz

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags 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 Kassennärztlichen Vereinigung Hessen nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvhessen.de/datenschutz>