



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung &
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt
Fax: (069) 24741-68819

Eingangsstempel KVH




Änderungsmitteilung

Hiermit teile ich meinen Status- und / oder Arbeitgeberwechsel bzw. Änderung der Betriebsstätten bezogenen Voraussetzungen mit und bitte gleichzeitig um Übertragung meiner genehmigungspflichtigen Leistungen

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

(alte) Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

BSNR: _____ NBSNR: _____

Statuswechsel und/oder Arbeitgeberwechsel:

Ich wechsle ab dem (bitte Datum eintragen): _____

- in den Status eines zugelassenen Arztes/Therapeuten
- in den Status eines angestellten Arztes/Therapeuten
- in den Status eines Vertreters gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV
- in den Status eines Sicherstellungsassistenten
- Meine Sicherstellungsassistenten-Zeit verlängert sich bis zum _____

Ich wechsle ab dem (bitte Datum eintragen): _____ den Arbeitgeber

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

neue Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

BSNR: _____ NBSNR: _____

