



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

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung.

Persönliche Angaben

Name, Vorname*, Titel _____ LANR* _____

* _____ E-Mail* _____

Statuswechsel und/oder Arbeitgeberwechsel:

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

neuer Arbeitgeber Name, Vorname _____

Praxisanschrift _____

Tel. _____ E-Mail: _____

BSNR: _____ NBSNR: _____

