

Klinisches Krebsregister
für Brandenburg und Berlin gGmbH
Dreifertstr. 12
03044 Cottbus

Telefon: 0355 / 49493 461
Fax: 0355 / 49493 469
E-Mail: registrierung@kkrbb.de
www.kkrbb.de



Registrierung im KKRBB Krankenhaus / Meldestellen

Angaben zum Krankenhaus

Name des Krankenhauses:

PLZ:

Ort:

Straße / Hausnummer:

IK-Nummer:

Krankenhausverwaltungssystem (Name des meldenden Systems)

Angaben zum verantwortlichen Melder (Ärztlicher Leiter)

Titel:

Vorname:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Tätigkeit / Funktion im Krankenhaus:

Angaben zur Bankverbindung für die Zahlung der Meldevergütung

Kontoinhaber:

IBAN: DE

Ich stimme der dauerhaften Speicherung der Kontodaten zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter <https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/>
Ohne Einwilligung ist die Bankverbindung mit jeder Meldung zu übermitteln.

Empfänger der Zahlungsmittelteilung (Finanzbuchhaltung):

Datum

Unterschrift Ärztlicher Direktor

Stempel Ärztlicher Direktor

Klinisches Krebsregister
für Brandenburg und Berlin gGmbH
Dreifertstr. 12
03044 Cottbus

Telefon: 0355 / 49493 461
Fax: 0355 / 49493 469
E-Mail: registrierung@kkrbb.de
www.kkrbb.de



Ansprechpartner der Meldestelle (Abteilung Tumordokumentation)	
Name:	Vorname:
Titel:	Telefon:
E-Mail:	Tätigkeit / Funktion in der Meldestelle:

Name der Abteilungen, von denen Tumormeldungen erfolgen:

Hinweis: Für Meldungen von Ärztinnen und Ärzten aus Praxen, MVZ, Ermächtigungssprechstunden usw.
bitte einen anderen Registrierungsbogen verwenden: <https://kkrbb.de/meldepflichtige-personen/>