

Registrierung für die Übermittlung elektronischer Meldungen mittels KIM

Angaben zum Krankenhaus / zur Praxis

Name des Krankenhauses / der Praxis:

PLZ:

Ort:

Straße / Hausnummer:

IK-NR (Stationär) / BSNR (Ambulant):

AnsprechpartnerIn für das Versenden mittels KIM

Vorname:

Name:

Telefon:

KIM-E-Mailadresse:

AnsprechpartnerIn für das Versenden der Rückmeldung (falls abweichend)

Vorname:

Name:

Telefon:

E-Mailadresse:

Datenschutzhinweise

Die Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Webseite unter
<https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/>.

Datum

Unterschrift Verantwortliche/r

Stempel