

Registrierung für den Upload-Client (OTP)

Angaben zum Krankenhaus / zur Praxis

Name des Krankenhauses / der Praxis:

PLZ: Ort:

Straße / Hausnummer:

E-Mail (nicht personalisierte):

BSNR (Ambulant) / IK-NR (Stationär):

AnsprechpartnerIn für die Datenübermittlung:

Name:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

AnsprechpartnerIn für Rückfragen: (falls abweichend)

Name:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

Hinweise

Nach der Bearbeitung des Nutzerantrages erhalten Sie die individuellen Zugangsdaten sowie weiterführende Informationen zum Upload-Client.

Bitte beachten Sie, dass uns Änderungen Ihrer Stammdaten umgehend mitgeteilt werden müssen. Die entsprechenden Formulare finden Sie auf unserer Webseite unter: <https://kkrbb.de/meldepflichtige-personen-und-registrierung/>.

¹ Für die Zwei-Faktor-Authentifizierung benötigen Sie ein Smartphone/Tablet mit Kamerafunktion.

Verpflichtungserklärung für BenutzerInnen des Upload-Clients

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie Ihre Passwörter stets vertraulich behandeln und diese sicher aufbewahren. Es ist unzulässig, Passwörter Unbefugten zugänglich zu machen. Befugte Personen sind auf die Vertraulichkeit und Schutzwürdigkeit der Zugangsdaten sowie der zu verarbeitenden Daten hinzuweisen.

Bitte stellen Sie sicher, dass der Browser nach dem Einloggen in den Upload-Client nicht unbeaufsichtigt gelassen wird.

Sicherheitsvorfälle (z. B. gesperrte Benutzerkennungen ohne erkennbaren Grund) sind dem KKRBB unverzüglich unter daten@kkrbb.de mitzuteilen.

Die Anmeldung im Upload-Client erfolgt über eine Zwei-Faktor-Authentifizierung. Zur Authentifizierung über die Apps „Google Authenticator“, „Microsoft Authenticator“ oder „FreeOTP“ benötigen Sie zusätzlich ein Smartphone/Tablet mit Kamerafunktion.

Datenschutzhinweise

Ausführliche Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Webseite unter <https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/> sowie <https://mp1.kkrbb.de/app/#docs/privacy>.

Datum

Unterschrift Verantwortlicher

Stempel