

Registrierung im KKRBB - Melder im ambulanten Bereich: Einzelpraxis / BAG (GP) / ÜBAG / Praxisgemeinschaft / Privatpraxis

<input type="checkbox"/> Anmeldung	<input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung
---	---

Angaben zur Praxis (Hauptstandort)

Praxisbezeichnung:		
Adresse:		
E-Mail ¹ :	Telefon: Fax:	
BSNR:	Praxisverwaltungssystem:	
Art	Anzahl Fachrichtungen	Anzahl Standorte
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	1 Fachrichtung	1 Standort
<input type="checkbox"/> BAG (GP)	<input type="checkbox"/> 1 Fachrichtung	<input type="checkbox"/> 1 Standort
<input type="checkbox"/> ÜBAG	<input type="checkbox"/> 2 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> 2 Standorte
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> 3 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> 3 Standorte
<input type="checkbox"/> Privatpraxis	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Standorte

Angaben zu Ihrem Meldeweg² und zur Datenübermittlung

Aktueller Meldeweg	Zukünftiger Meldeweg
<input type="checkbox"/> Ich bin Erstmelder	<input type="checkbox"/> Ich behalte den Meldeweg bei
<input type="checkbox"/> Ich melde aktuell	<input type="checkbox"/> Ich beantrage hiermit die Registrierung
<input type="checkbox"/> über KIM <input type="checkbox"/> über den Upload-Client <input type="checkbox"/> über das Meldeportal <input type="checkbox"/> mit Papier	<input type="checkbox"/> für KIM <input type="checkbox"/> für den Upload-Client <input type="checkbox"/> für das Meldeportal Rufnr. des Smartphones für die Authentifizierung ³ :

Ihr Ansprechpartner für die technische Datenübermittlung und Rückfragen

Name:	Vorname:
(KIM-) E-Mail:	Telefon:

¹ Zur Erfüllung der Aufgaben des Registers nach § 65c SGB V

² Ausführliche Informationen und Erklärungen zu den Meldewegen finden Sie hier: <https://kkrbb.de/meldewege/>

³ Für die Zwei-Faktor-Authentifizierung benötigen Sie ein Smartphone/Tablet mit Kamerafunktion.

Angaben zu Ihrer Person

Titel:	Vorname:	Nachname:	
LANR: ggfs. 2. LANR:	E-Mail-Adresse:	Telefon: Fax:	

Angaben zum Verantwortungsbereich Ihrer Meldungen

Hinweis: Die Registrierung als abrechnungsfähiger Melder erfordert prinzipiell die **Zulassung als Vertragsarzt** und setzt den Eintrag in ein Arztregister voraus, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird. Ausnahmen sind meldepflichtige Privatärzte. Die Meldungen für angestellte Ärzte ohne KV-Zulassung oder für Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis werden von dem Vertragsarzt des jeweiligen Fachgebietes mit übernommen.

- Ich übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner vertragsärztlichen/privatärztlichen Versorgung in meinem Fachgebiet.
- Ich bilde mit vertragsärztlichen/privatärztlichen Kollegen und Kolleginnen meiner Einrichtung eine **Meldegemeinschaft** und übernehme die Verantwortung für alle Meldungen dieser Meldegemeinschaft (fachspezifisch oder auch fachübergreifend). **Die Meldegemeinschaft umfasst alle nachfolgend aufgeführten Vertragsärzte.**

Angaben zu den Vertragsärzten und Fachrichtungen, für die Sie melden

Bitte erfassen Sie **alle Vertragsärzte und Fachrichtungen Ihrer Einrichtung, für die Sie die Meldungen verantworten**. Angestellte Ärzte ohne KV-Zulassung oder Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis müssen nicht erfasst werden. Übernehmen Sie für Ihre Fachrichtung bzw. für Ihre Einrichtung **NICHT** die Verantwortung für alle Meldungen, müssen sich alle Vertragsärzte Ihrer Einrichtung separat registrieren, die separat melden.

Titel	Name	Vorname	LANR	BSNR (falls abweichend)

Angaben im Fall von mehreren Standorten

Praxisname	Adresse	E-Mail	BSNR

Angaben zu belegärztlicher Tätigkeit

Ich bin neben meiner ambulanten Tätigkeit auch als **Belegarzt** tätig.

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, und die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner belegärztlichen Tätigkeit ...
<input type="checkbox"/>	übernimmt das Klinikum in Absprache mit mir.
<input type="checkbox"/>	übernehme ich in Absprache mit dem Klinikum.

Im Fall belegärztlicher Tätigkeit: Angaben zum Klinikum

Klinikbezeichnung:

Adresse:

Angaben für die Zahlung der Meldevergütung

Anschrift und Kontaktdaten (falls abweichend von der Anschrift des Hauptstandortes)

Bezeichnung der Einrichtung:

Ansprechpartner:

Adresse:

E-Mail für Zahlungskorrespondenz:

Telefon:

Bankverbindung

Kontoinhaber:

IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Datenschutzhinweise

Ausführliche Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Webseite unter

<https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/> sowie <https://mp1.kkrbb.de/app/#docs/privacy>.

<input type="checkbox"/>	Ich stimme der dauerhaften Speicherung meiner Daten zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. <u>Hinweis</u> : Ohne Einwilligung ist die Bankverbindung mit jeder Meldung zu übermitteln.
--------------------------	---

Datum

Unterschrift Arzt

Stempel Arzt

Hinweise für die Registrierung

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/> .

Verpflichtungserklärung für BenutzerInnen des Upload-Clients und des Meldeportals

Nach der Bearbeitung des Registrierungsantrages erhalten Sie die individuellen Zugangsdaten sowie weiterführende Informationen.

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 bzw. die Eingabemaske nach dem Einloggen nicht unbeaufsichtigt gelassen werden.

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

Die Anmeldung 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.

Datum

Unterschrift Arzt

Stempel Arzt