

## Registrierung im KKRBB - Melder im ambulanten Bereich: PCT/SAPV-Team

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

### Angaben zum Hauptstandort

Bezeichnung:		
Adresse:		
E-Mail <sup>1</sup> :		Telefon: Fax:
BSNR:	IK-Nummer:	Institutsverwaltungssystem:
Anzahl Fachrichtungen	Anzahl Standorte	
<input type="checkbox"/> 1 Fachrichtung	<input type="checkbox"/> 1 Standort	
<input type="checkbox"/> 2 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> 2 Standorte	
<input type="checkbox"/> 3 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> 3 Standorte	
<input type="checkbox"/> mehr als 3 Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Standorte	

### Angaben zu Ihrem Meldeweg<sup>2</sup> 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 <sup>3</sup> :

### Ihr Ansprechpartner für die technische Datenübermittlung und Rückfragen

Name:	Vorname:
KIM-/ UploadClient-E-Mail:	Telefon:

<sup>1</sup> Zur Erfüllung der Aufgaben des Registers nach § 65c SGB V

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

<sup>3</sup> 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 einen Direktvertrag mit den Krankenkassen. Die Meldungen für angestellte Ärzte ohne Direktvertrag werden von einem Arzt mit Direktvertrag für das jeweilige Fachgebiet mit übernommen.

- Ich übernehme die Verantwortung für die Todesmeldungen im Rahmen meines Versorgungsauftrages in meinem Fachgebiet.
- Ich habe die ärztliche Leitung / Geschäftsführerposition und übernehme die Verantwortung für alle Todesmeldungen meiner Institution.

## Angaben zu den Vertragsärzten und Fachrichtungen, für die Sie melden

Bitte erfassen Sie **alle Ärzte Ihrer Einrichtung, für die Sie die Meldungen verantworten**. Angestellte Ärzte ohne Direktvertrag müssen nicht erfasst werden. Übernehmen Sie für Ihre Fachrichtung bzw. für Ihre Einrichtung NICHT die Verantwortung für alle Meldungen, müssen sich alle Ärzte Ihrer Einrichtung mit einem Direktvertrag separat registrieren, die separat melden.

Titel	Name	Vorname	LANR	BSNR (falls abweichend)

## Angaben im Fall von mehreren Standorten

Praxisname	Adresse	E-Mail	BSNR

## Angaben für die Zahlung der Meldevergütung

### Anschrift (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>.

Ich stimme der dauerhaften Speicherung meiner Daten zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Hinweis: 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](mailto: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