

Registrierung im KKRBB - Melder im stationären Bereich

Anmeldung

Änderungsmittelung

Angaben zum Krankenhaus (Hauptkontaktanschrift)

Name des Krankenhauses:

Adresse:

E-Mail¹:

Telefon:

Fax:

IK-Nummer:

Krankenhausverwaltungssystem (Name des meldenden Systems):

Angaben zum verantwortlichen Melder (Ärztlicher Leiter)

Hinweis: Entsprechend dem Staatsvertrag ist jedes Krankenhaus eine medizinische Einheit, die zur Abgabe von Meldungen und zur Durchführung der Abrechnung eine „Meldestelle“ bildet. Die Verantwortung für die Meldungen übernimmt die ärztliche Leitung.

Titel:

Vorname:

Nachname:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Fax:

Tätigkeit / Funktion im Krankenhaus:

Übersicht zu den Standorten (sofern mehr als 1 Standort vorhanden ist)

Nr.	Name des Krankenhauses	Adresse	E-Mail	Telefon
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

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

Angaben zu den Fachabteilungen

Bitte erfassen Sie **alle Fachabteilungen** getrennt nach Standorten (sofern vorhanden). Bitte übernehmen Sie die Nr. des Standortes aus der vorangegangenen Tabelle (Blatt ggfs. vervielfältigen).

Angaben zu Ihrem Meldeweg und zur Datenübermittlung

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

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"/>	für KIM
<input type="checkbox"/>	über den Upload-Client		für den Upload-Client
<input type="checkbox"/>	mit Papier		

Ihr Ansprechpartner für die technische Datenübermittlung und Rückfragen

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

Ihr Ansprechpartner für inhaltliche Fragen zu den Daten (Abteilung Tumordokumentation)

Name:	Vorname:
E-Mail:	Telefon:

Angaben für die Zahlung der Meldevergütung

Anschrift (falls abweichend von der Anschrift des Hauptstandortes)

Name des Standortes und Adresse:

Ansprechpartner:

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 Ärztlicher Direktor

Stempel Ärztlicher Direktor

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

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 nach dem Einloggen nicht unbeaufsichtigt gelassen wird. 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 Ärztlicher Direktor

Stempel Ärztlicher Direktor