

## Registrierung im KKRBB - Melder im ambulanten Bereich: MVZ

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

### Angaben zum Hauptstandort des MVZs

Bezeichnung MVZ:

Adresse:

E-Mail<sup>1</sup>:

Telefon:

Fax:

BSNR:

IK-Nummer (falls vorhanden):

Praxisverwaltungssystem:

### Anzahl Fachrichtungen

- ☐ 1 Fachrichtung  
☐ 2 Fachrichtungen  
☐ 3 Fachrichtungen  
☐ mehr als 3 Fachrichtungen

### Anzahl Standorte

- ☐ 1 Standort  
☐ 2 Standorte  
☐ 3 Standorte  
☐ mehr als 3 Standorte

### Angaben zu Ihrem Meldeweg<sup>2</sup> und zur Datenübermittlung

#### Aktueller Meldeweg

☐ Ich bin Erstmelder

☐ Ich melde aktuell

☐ über KIM

☐ über den Upload-Client

☐ über das Meldeportal

☐ mit Papier

#### Zukünftiger Meldeweg

☐ Ich behalte den Meldeweg bei

☐ Ich beantrage hiermit die Registrierung

☐ für KIM

☐ für den Upload-Client

☐ 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:<br>ggfs. 2. LANR: | E-Mail-Adresse: | Telefon:<br>Fax: |  |

| Angaben zum Verantwortungsbereich Ihrer Meldungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Hinweis:</u> Die Registrierung als abrechnungsfähiger Melder erfordert prinzipiell die <b>Zulassung als Vertragsarzt</b> und setzt den Eintrag in ein Arztregister voraus, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird. Die Meldungen für angestellte Ärzte ohne KV-Zulassung oder für Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis werden von dem Vertragsarzt des jeweiligen Fachgebietes mit übernommen.</p> |                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ich übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner vertragsärztlichen Versorgung in meinem Fachgebiet. |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ich habe die ärztliche Leitung eines MVZs und übernehme die Verantwortung für alle meldepflichtigen Ereignisse des MVZs.  |

| Angaben zu den Vertragsärzten und Fachrichtungen, für die Sie melden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |         |      |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|------|-------------------------|
| <p>Bitte erfassen Sie <b>alle Vertragsärzte und Fachrichtungen Ihrer Einrichtung, für die Sie die Meldungen verantworten</b>. Angestellte Ärzte ohne KV-Zulassung oder Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis müssen nicht erfasst werden. Übernehmen Sie für Ihre Fachrichtung bzw. für Ihre Einrichtung <u>NICHT</u> die Verantwortung für alle Meldungen, müssen sich alle Vertragsärzte Ihrer Einrichtung separat registrieren, die separat melden.</p> |      |         |      |                         |
| 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.

☐ Nein

☐ Ja, und die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner belegärztlichen Tätigkeit ...

☐ übernimmt das Klinikum in Absprache mit mir.

☐ übernehme ich in Absprache mit dem Klinikum.

### Im Fall belegärztlicher Tätigkeit: Angaben zum Klinikum

Klinikbezeichnung:

Adresse:

### 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