

## 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:		
<b>E-Mail<sup>1</sup>:</b> KIM-E-Mail (falls vorhanden):	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 zur meldepflichtigen 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.

<input type="checkbox"/>	Ich übernehme die Verantwortung für die Todesmeldungen im Rahmen meines Versorgungsauftrages in meinem Fachgebiet.
<input type="checkbox"/>	Ich habe die ärztliche Leitung / Geschäftsführerposition und übernehme die Verantwortung für alle Todesmeldungen meiner Institution.

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

### 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 <small>(falls abweichend vom Hauptstandort)</small>

### Angaben im Fall von mehreren Standorten

Praxisname	Adresse	E-Mail	BSNR

Registrierung für Ihren Meldeweg und Angaben zur Datenübermittlung <sup>2</sup>			
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 → weiter mit <b>Abschnitt A)</b>
<input type="checkbox"/>	über den Upload-Client	<input type="checkbox"/>	für den Upload-Client → weiter mit <b>Abschnitt A)</b>
<input type="checkbox"/>	über das Meldeportal	<input type="checkbox"/>	für das Meldeportal → weiter mit <b>Abschnitt B)</b>
<input type="checkbox"/>	mit Papier		

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

A) Registrierung für KIM und den Upload-Client	
<p><b>Bitte beachten</b> Sie, dass Sie für die Übermittlung Ihrer Meldungen über KIM oder den Upload-Client eine Schnittstelle für Ihr Praxisverwaltungssystem zur Ausleitung von xml-Dateien gemäß oBDS (onkologischer Basisdatensatz) benötigen. Kontaktieren Sie hierfür den Hersteller Ihres Praxisverwaltungssystems.</p>	
Benutzer	
Name:	Vorname:
KIM-/ Upload-Client-E-Mail:	Telefon:

B) Registrierung für das Meldeportal	
Benutzer des Meldeportal-Accounts	
Name:	Vorname:
E-Mail:	Telefon:

Ihr Ansprechpartner für inhaltliche Fragen zu den Daten (Tumordokumentation)	
Name:	Vorname:
E-Mail:	Telefon:

## 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

