

Registrierung im KKRBB - Melder im ambulanten Bereich: MVZ

☐ Anmeldung	☐ Änderungsmitteilung
---	---

Angaben zum Hauptstandort des MVZs

Bezeichnung MVZ:		
Adresse:		
E-Mail ¹ : KIM-E-Mail (falls vorhanden):		Telefon: Fax:
BSNR:	IK-Nummer (falls vorhanden):	Praxisverwaltungssystem:
Anzahl Fachrichtungen		Anzahl Standorte
☐ 1 Fachrichtung ☐ 2 Fachrichtungen ☐ 3 Fachrichtungen ☐ mehr als 3 Fachrichtungen		☐ 1 Standort ☐ 2 Standorte ☐ 3 Standorte ☐ 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 prinzipiell die **Zulassung als Vertragsarzt** 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.

☐	Ich übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner vertragsärztlichen Versorgung in meinem Fachgebiet.
☐	Ich habe die ärztliche Leitung eines MVZs und übernehme die Verantwortung für alle meldepflichtigen Ereignisse des MVZs.

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

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 vom Hauptstandort)

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:

Registrierung für Ihren Meldeweg und Angaben zur Datenübermittlung ²			
Aktueller Meldeweg		Zukünftiger Meldeweg	
☐	Ich bin Erstmelder	☐	Ich behalte den Meldeweg bei
☐	Ich melde aktuell	☐	Ich beantrage hiermit die Registrierung
☐	über KIM	☐	für KIM → weiter mit Abschnitt A)
☐	über den Upload-Client	☐	für den Upload-Client → weiter mit Abschnitt A)
☐	über das Meldeportal	☐	für das Meldeportal → weiter mit Abschnitt B)
☐	mit Papier		

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

A) Registrierung für KIM und den Upload-Client	
Bitte beachten Sie, dass Sie für die Übermittlung Ihrer Meldungen über KIM oder den Upload-Client eine Schnittstelle für Ihr Dokumentationssystem (z. B. Krankenhausinformationssystem, Pathologieinformationssystem, Praxisverwaltungssystem, Tumordokumentationssystem oder anderes Softwaresystem) zur Ausleitung von xml-Dateien gemäß oBDS (onkologischer Basisdatensatz) benötigen. Einen Link zu einer Übersicht zu Software-Anbietern mit xml-Schnittstelle finden Sie hier: https://plattform65c.de/schnittstellen/abgenommene-abzunehmende-schnittstellen/	
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 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

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. <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/>.