

Registrierung für KIM oder den Upload-Client

Anmeldung

Änderungsmitteilung

A) Angaben zu Ihrer Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung:

Adresse:

E-Mail¹: KIM-E-Mail (falls vorhanden für Rückmeldungen):		Telefon:
BSNR:	IK-Nummer (falls vorhanden):	Praxis-, KH- bzw. Institutsverwaltungssystem:
Art	Anzahl Standorte	Fachrichtungen in ambulanten Einrichtungen
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> 1 Standort	1. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> Privatpraxis	<input type="checkbox"/> 2 Standorte	2. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft ²	<input type="checkbox"/> 3 Standorte	3. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> BAG (Gemeinschaftspraxis) ²	<input type="checkbox"/> 4 Standorte	4. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> ÜBAG	<input type="checkbox"/> 5 Standorte	5. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> > 5 Standorte	6. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> Poliklinik		7. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> PCT / SAPV-Team		8. Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> Krankenhaus		<u>Hinweis:</u> Fachabteilungen in einem KH erfassen Sie bitte im Block E auf Seite 4.

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

² Hinweis: Die Unterschiede zwischen Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) und Praxisgemeinschaft liegen in der Art des Wirtschaftens und der Art der Zusammenarbeit. In einer Praxisgemeinschaft ist jeder Arzt wirtschaftlich und organisatorisch eigenständig und rechnet separat ab. In einer BAG teilen sich die Partner Patientenversorgung, Einnahmen, Verbindlichkeiten und Abrechnung unter einer gemeinsamen Abrechnungsnummer.

B) Angaben zu Ihrer Person als Melder

Hinweis für ambulante Einrichtungen: Die Registrierung als abrechnungsfähiger Melder **im ambulanten Bereich** erfordert prinzipiell die **Zulassung als Vertragsarzt** und setzt den Eintrag in ein Arztreger voraus, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird.

Hinweis für PCT/SAPV-Team: Die Registrierung als abrechnungsfähiger Melder erfordert einen **Direktvertrag mit den Krankenkassen**.

Titel:	Vorname:	Nachname:
LANR: ggfs. 2. LANR:	E-Mail-Adresse:	Telefon:

C) Angaben zum **Verantwortungsbereich** Ihrer Meldungen

Bitte wählen Sie entsprechend Ihrer Einrichtung aus, für welche Meldungen Sie die Verantwortung übernehmen.

Hinweis für ambulante Einrichtungen: Die Verantwortung für die Meldungen der angestellten Ärzte ohne KV-Zulassung oder für die Meldungen von Ärzten in Weiterbildung wird von dem Vertragsarzt des jeweiligen Fachgebietes mit übernommen.

Hinweis für PCT/SAPV-Team: Die Meldungen für angestellte Ärzte ohne Direktvertrag werden von einem Arzt mit Direktvertrag für das jeweilige Fachgebiet mit übernommen.

Einzelpraxis / Privatpraxis / Praxisgemeinschaft / BAG (GP) / UBAG

<input type="checkbox"/>	Ich übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner vertragsärztlichen/privatärztlichen Versorgung in meinem Fachgebiet. → weiter mit Abschnitt F)
<input type="checkbox"/>	Ich bilde mit vertragsärztlichen/privatärztlichen Kollegen und Kolleginnen meiner Einrichtung eine Meldegemeinschaft und übernehme die Verantwortung für alle Meldungen dieser Meldegemeinschaft (fachspezifisch oder auch fachübergreifend). → weiter mit Abschnitt D)
<input type="checkbox"/>	Ich bin neben meiner ambulanten Tätigkeit auch als Belegarzt tätig und übernehme auch die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner belegärztlichen Tätigkeit. Klinikbezeichnung: Adresse:

MVZ / Poliklinik

<input type="checkbox"/>	Ich übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe im Rahmen meiner vertragsärztlichen Versorgung in meinem Fachgebiet. → weiter mit Abschnitt F)
<input type="checkbox"/>	Ich habe die ärztliche Leitung eines MVZs und übernehme die Verantwortung für alle meldepflichtigen Ereignisse des MVZs. → weiter mit Abschnitt D)

PCT / SAPV-Team

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

Krankenhaus

<input type="checkbox"/>	Ich leite eine Klinikabteilung und übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe meiner Klinikabteilung. → weiter mit Abschnitt F)
<input type="checkbox"/>	Ich leite mehrere Klinikabteilungen und übernehme die Verantwortung für die Meldeanlässe meiner Klinikabteilungen. → weiter mit Abschnitt E)
<input type="checkbox"/>	Ich habe die ärztliche Leitung und übernehme die Verantwortung für alle meldepflichtigen Ereignisse des Krankenhauses. → weiter mit Abschnitt E)

D) Erforderliche Angaben für Melder im **nicht-stationären Bereich** bei
Meldegemeinschaften und bei Übernahme der Meldungsverantwortung als
ärztliche Leitung/Geschäftsführung

Bitte erfassen Sie **alle Ärzte Ihrer Einrichtung, für die Sie die Meldungen verantworten**. Angestellte Ärzte ohne KV-Zulassung oder Ärzte in Weiterbildung müssen nicht erfasst werden. Übernehmen Sie für Ihre Fachrichtung bzw. für Ihre Einrichtung **NICHT** die Verantwortung für alle Meldungen, müssen sich alle Vertragsärzte bzw. Ärzte mit einem Direktvertrag Ihrer Einrichtung einzeln registrieren, wenn sie separat melden wollen.

Titel	Name	Vorname	LANR	BSNR (falls abweichend vom Hauptstandort)

Angaben im Fall von mehreren Standorten			
Praxisname	Adresse	E-Mail	BSNR

E) Erforderliche Angaben bei Meldern **im stationären Bereich**

Übersicht zu den Standorten (sofern mehr als 1 Standort vorhanden ist), für die Sie die Meldungen übernehmen

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

Angaben zu den Fachabteilungen

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

F) Benutzer KIM / 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/>

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

Ihr Ansprechpartner für die technische Datenübermittlung und Rückfragen

Name:	Vorname:
(KIM-) E-Mail:	Telefon:

Ihr Ansprechpartner für inhaltliche Fragen zu den Daten (Tumordokumentation)

Name:	Vorname:
E-Mail:	Telefon:

Verpflichtungserklärung

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. gesperzte Benutzerkennungen ohne erkennbaren Grund) sind dem KKRBB unverzüglich unter daten@kkrrbb.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

Stempel

Angaben zur Zahlung

G) Angaben für die Zahlung der Meldevergütung

Anschrift und Korrespondenz

Bezeichnung der Einrichtung (falls abweichend von der Anschrift des Hauptstandortes):

Ansprechpartner:

Adresse (falls abweichend von der Anschrift des Hauptstandortes):

E-Mail für Zahlungskorrespondenz:

Telefon:

Bankverbindung

Kontoinhaber¹:

IBAN: DE_ _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _

¹ Bitte stellen Sie sicher, dass der hier eingetragene Kontoinhabername mit den Angaben zum Kontoinhaber bei Ihrer Bank übereinstimmt.

H) 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

Stempel

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/>.