

Teilnahmeerklärung KV-CONNECT

für Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

KV-CONNECT ist der sichere Kommunikationsstandard für Ärzte und ihre Partner im Gesundheitswesen.

Betriebsstättennummer (BSNR)								0	0
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	----------	----------

optional: Telefon oder E-Mailadresse eines Ansprechpartners _____

Hinweise:

Voraussetzung für die Nutzung von KV-CONNECT ist ein KV-SafeNet-Zugang* in Ihrer Praxis.

Prüfen Sie bitte, wie viele KV-CONNECT-Adressen Sie in Ihrer Praxis sinnvoll einsetzen können. Unter Umständen ist die Anzahl der nutzbaren Adressen z.B. in Ihrer Praxissoftware begrenzt. Informationen über die Anzahl der nutzbaren Adressen erhalten Sie vom Betreuer Ihrer Software.

Sollen in einer Praxis mehrere Ärzte eine persönliche Adresse erhalten, füllen Sie bitte pro Person eine Teilnahmeerklärung aus. Die Nutzung einer separaten Adresse für die Praxis ist zusätzlich möglich.

Bitte beachten Sie, dass die gewünschte Adresse möglicherweise nicht vergeben werden kann, um Doppelungen zu vermeiden. Sollte dies der Fall sein, werden wir Sie vor der Einrichtung kontaktieren.

Persönliche Arzt-Adresse

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Name, Vorname

gewünschte E-Mail-Adresse

(z.B. vorname.nachname.kvsa@kv-safenet.de)

optionale Adresse für die Praxis

gewünschte E-Mail-Adresse

(z.B. praxis.vorname.nachname.kvsa@kv-safenet.de)

Praxisbezeichnung (optional)

Bestätigung der Nutzungsbedingungen:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Nutzungsbedingungen für KV-CONNECT akzeptieren, die dieser Teilnahmeerklärung beiliegen. Bitte beachten Sie, dass Ihre Stammdateninformationen in einem öffentlichen Adressbuch gespeichert werden, das für alle Nutzer des Sicheren Netzes der KVen einsehbar ist. Dieser Speicherung kann nicht widersprochen werden.

Datum

Praxisstempel und Unterschrift