



Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR  
Postfach 12 02 64  
10592 Berlin

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung KdöR  
Postfach 12 02 64  
10592 Berlin

Ansprechpartner: KV Telematik GmbH  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Telefon: 030 – 4005 2700  
E-Mail: info@kv-telematik.de

## KV-Connect Anmeldung

### Angaben zur Person (Inhaber des KV-Connect Accounts)

.....  
Titel, Name\*, Vorname\*

.....  
LANR\*

Fachrichtung(en)

.....  
IK-Nummer (falls vorhanden)

.....  
Telefonnummer\*

.....  
E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des **Inhabers** des KV-Connect Accounts\*

### Angaben zur Praxis / Einrichtung

.....  
Bezeichnung der Praxis / Einrichtung\*

.....  
BSNR\*

.....  
Titel, Name\*, Vorname des Praxisinhabers/-verantwortlichen\*

.....  
Straße, Hausnummer\*

.....  
PLZ, Ort\*

.....  
Telefonnummer\*

.....  
E-Mail-Adresse

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich diese Nutzungsbedingungen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des **Praxisinhabers/-verantwortlichen** \*

Bitte richten Sie mit den obigen Daten einen KV-Connect Account für  
☐ die oben genannte Person oder ☐ meine Praxis / Institution ein.\*\*

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den **KV-Connect Datenschutzhinweisen** entnehmen. Die **Datenschutzhinweise** und **Nutzungsbedingungen** finde ich unter der Adresse: <http://www.kbv.de/887754>

\* Bitte füllen Sie die so gekennzeichneten Felder unbedingt aus.

\*\* Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.

lesbarer Praxis- oder Einrichtungs-  
stempel