



Ausgefülltes Formular bitte senden an:

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
ServiceDesk GB IT
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

lesbarer Praxis- **oder** Einrichtungsstempel

KV-Connect Anmeldung

Ich beantrage einen KV-Connect Zugang / Nutzerkonto für

die unten genannte Person
(Vorname.Nachname@kv-safenet.de)

oder

die Betriebsstätte
(B-123456789@kv-safenet.de)

*(In **beiden** Fällen sind die nachfolgenden Angaben zur Betriebsstätte **und** zur Person zu erfassen.)*

Betriebsstätte

Bezeichnung der Praxis / Einrichtung	BSNR (sofern vorhanden)
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Fax
Name der Praxissoftware	Hersteller der Praxissoftware
Name oder Firma <i>und</i> Ort des Systembetreibers	KV-SafeNet-Anbieter / VPN - Anbieter

Telematik Infrastruktur incl. SNK-Zugang vorhanden

Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)

Titel	Name	Vorname
LANR (sofern vorhanden)	IK-Nummer (*)	
(*) Angabe erforderlich bei Teilnahme am DALE-UV-Verfahren (D-Arzt)		

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages. Mit meiner Unterschrift stimme ich diesen Nutzungsbedingungen zu. Zum **Datenschutz** habe ich das Merkblatt gelesen. Nur mit unterschriebener Einwilligungserklärung dürfen KV-Connect Zugänge angelegt werden. Die Datenschutzhinweise und Nutzungsbedingungen finde ich unter der Adresse: https://www.kwlv.de/artz/kv_dienste/it/index.htm. Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich darüber informiert bin, dass meine KV-Connect Adressdaten in das KV-Connect Adressbuch eingetragen werden und damit jedem KV-Connect Teilnehmer zugänglich sind.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person