

Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung IT  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

Ansprechpartner: Abteilung IT  
Telefon: 03643 559-104  
Fax: 03643 559-291  
E-Mail: it@kvt.de

## KV-Connect Anmeldung

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

.....

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. \*\*

lesbarer Praxis- oder Einrichtungsstempel

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: [www.kv-connect.de](http://www.kv-connect.de)

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

**\*\*** Bitte markieren Sie genau ein Auswahlfeld.