

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

## KV-Connect Anmeldung

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Online-Dienste oder Fax: 31003-401  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

**Ansprechpartner: Service-Center**

Telefon: (030) 31 00 3-999  
Telefax: (030) 31 00 3-900  
E-Mail: [online-abrechnung@kvberlin.de](mailto:online-abrechnung@kvberlin.de)

Ich beantrage einen KV-Connect Zugang für

die unten genannte Person  meine Praxis / Institution

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

### Angaben zur Praxis / Einrichtung

Einzelpraxis  BAG  MVZ  stationäre Einrichtung / Institut / Labor

Bezeichnung der Praxis / Einrichtung

BSNR

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

Titel, Name, Vorname

LANR

Die KV-Connect **Nutzungsbedingungen** sind Bestandteil dieses Antrages.

Die KV-Connect **Datenschutzhinweise** und **Nutzungsbedingungen** finden Sie unter

<https://www.kvberlin.de/kvc-nutzungsbedingungen> bzw. <https://www.kvberlin.de/kvc-datenschutzhinweise>

Ich habe die Nutzungsbedingungen und Datenschutzhinweise gelesen. Mit meiner Unterschrift stimme ich den Nutzungsbedingungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des **Nutzers** (Inhaber des KV-Connect-Accounts)  
(falls vom Antragsteller abweichend)

Unterschrift des **Antragstellers**

lesbarer Praxis- oder Einrichtungsstempel