

Nds. Landesgesundheitsamt • EKN-Vertrauensstelle • Postfach 4460 • 30044 Hannover

Vertrauliche Arztsache

Vertrauensstelle des EKN
Postfach 44 60
30044 Hannover

Anmeldeformular

Für die Bearbeitung Ihrer Meldungen an das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN) und für die Auszahlung der Aufwandsentschädigung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Meldende Ärztin oder meldender Arzt und Einrichtung

| | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gemeinsame Anmeldung einer Einrichtung (z. B. Abteilung/Praxis) Ich erkläre, dass alle Ärztinnen/Ärzte unserer unter 3. und 4. benannten Einrichtung gemeinsam als ein Melder auftreten und die Aufwandsentschädigung für alle Meldungen der angegebenen Bankverbindung zugewiesen wird. Ich stehe auch für Rückfragen zu den Meldungen zur Verfügung. Ich versichere, dass alle aus unserer Einrichtung meldenden Ärztinnen und Ärzte über diese Regelung informiert sind und dass in jeder Meldung neben dem Namen der/des Meldenden die unter 3. und 4. angegebene Einrichtung benannt ist. (Zu den Voraussetzungen für gemeinsame Meldungen aus einer Einrichtung siehe Kapitel 3.2.3 Melderhandbuch.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Einzelanmeldung: Die Anmeldung gilt ausschließlich für die/den unter Punkt 1. eingetragene/n Ärztin/Arzt | | | |
| 1. Name, Vorname, Titel, (ggf. Stempel): | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td> <input type="checkbox"/> Einzelarztpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> andere: _____ </td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Einzelarztpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Einzelarztpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> andere: _____ | | |
| 2. Fachgebiet: | | | |
| 3. Abteilung: | | | |
| 4. Institution: | | | |
| 5. Straße, Hausnr.: | | | |
| 6. PLZ, Ort: | | | |
| 7. Tel.-Nr.: | <i>(bitte immer eintragen)</i> | | |

Bankverbindung

Ich verzichte bis auf Widerruf grundsätzlich auf die Aufwandsentschädigung.

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| 8. Bankinstitut: | |
| 9. IBAN: | |
| 10. BIC: | |
| 11. Kontoinhaber/in: | <i>(bitte immer eintragen)</i> |

Ich bin damit einverstanden, dass die obigen Angaben in der Vertrauensstelle des EKN erfasst und gespeichert werden.

Ich versichere, dass oben genannte Kontoinhaberin bzw. oben genannter Kontoinhaber berechtigt ist, die Aufwandsentschädigung des EKN entgegenzunehmen.

| | | |
|-------|---|--------------------------------|
| | | |
| Datum | Name der/des Meldenden in Druckbuchstaben | Unterschrift der/des Meldenden |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an die Vertrauensstelle des EKN. Vielen Dank!