

Ausgefülltes Formular bitte im Original senden an:

**Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen  
IT-Kundenservice  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen  
Berliner Allee 22  
30175 Hannover

Ansprechpartner: IT-Kundenservice  
Telefon: 0800-5101025 (gebührenfrei)  
E-Mail: IT-Service@kvn.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.\*\*

lesbarer Praxis- oder Einrichtungs-  
stempel

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den **KV-Connect Datenschutz-hinweisen** entnehmen. Die **Datenschutz-hinweise** und **Nutzungsbe-dingungen** finde ich unter der Adresse:  
[www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect/](http://www.kvn.de/Praxis/IT-fuer-die-Arztpraxis/KV-Connect/)

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

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