[Einsendung per Brief oder per Fax an 089 / 452279-739]

MÜNCHEN KLINIK

An die
München Klinik
Abteilung TM / Einweiser-Infoservice
Fritz-Erler-Str. 30

81737 München

Füllen Sie den Antrag bitte am PC aus
z.B. mit Acrobat Reader® (Download aktuelle Programmversion)

Antrag zur Teilnahme am Einweiser-Infoservice

Ich bin niedergelassene/r Vertragsärztin/ Vertragsarzt im Raum München, ich weise Patienten in Kliniken der München Klinik gGmbH (nachfolgend: München Klinik) ein und beantrage hiermit die Teilnahme am Einweiser-Infoservice der München Klinik.

Angaben zur Ärztin/ zum Arzt:			
Anrede*	bitte auswählen	Titel*	
Nachname*		Vorname*	
Geburtsdatum	(tt.mm.jjjj)	Telefon Mobil	
persönliche Emailadresse*			
Lebenslange Arztnummer(n)*	(9-stellig)	(9-stellig)	(9-stellig)
Fachrichtung(en)			
Angaben zur Praxis:	Hauptbetriebsstätte	Weitere Betriebsstätten	
Straße, Hausnummer*			
Postleitzahl*			
Ort*			
Telefon*			
Fax			
Betriebsstättennummer*	(9-stellig)	(9-stellig)	(9-stellig)

mit * gekennzeichnete Angaben sind zwingend erforderlich

Beachten Sie bitte, dass der Zugang zum Einweiser-Infoservice *personenbezogen* erteilt wird und jeweils für *eine Ärztin/einen Arzt* bezogen auf ihre/seine lebenslange Arztnummer erteilt wird. Sollten mehrere Zugänge benötigt werden – z.B. bei Berufsausübungsgemeinschaften – so sind mehrere einzelne Anträge zu stellen.
Ich akzeptiere die Nutzungsbedingungen und die Datenschutzerklärung zum Einweiser-Infoservice.

Nutzungsbedingungen und Datenschutzerklärung
können unter https://aerzteportal.muenchen-klinik.de/Teilnahmeantrag/ eingesehen und heruntergeladen werden.

_____ _____
(Ort / Datum) (Unterschrift und Praxisstempel)

Die München Klinik ist verpflichtet, ein Identifizierungsverfahren durchzuführen. Sollten Sie nicht über die **Kassenärztliche Vereinigung** (KVB) als Ärztin/Arzt gelistet sein, führen wir einen Abgleich über die lebenslange Arztnummer (LNAR) durch. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis:
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu Zwecken der Identifizierung die von mir genannte LANR bei der KVB abgeglichen wird.

_____ _____
(Ort / Datum) (Unterschrift und Praxisstempel)