



Vertrauensstelle des  
Hessischen Krebsregisters  
Bei der Landesärztekammer Hessen  
Postfach 60 05 66  
60335 Frankfurt am Main

## Anmeldung bei dem Hessischen Krebsregister

**Melder-ID:**  
(wird vom Krebsregister vergeben)

**Titel, Name, Vorname:**

---

**Tätigkeitsort:**

---

**Für Kliniken:**

**Name der Klinik:**

**Name der Abteilung:**

**Institutionskennzeichen (IK):**

**Für Praxen:**

**Bezeichnung der Praxis:**

**Betriebsstätten-Nr. (BSNR):**

**Lebenslange Arzt-Nr. (LANR):**

**Adresse:**

**Straße:**

**PLZ/Ort:**

**Telefon:**

**Fax:**

**E-Mail-Adresse:**

**Ansprechperson:**

**Bankverbindung:**

**Kontoinhaber:**

**IBAN:**

DE | \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

**Name der Bank:**

**Individueller Verwendungszweck:**

**Auswahl des Meldeverfahrens:**

---

**Papierbögen:**

Anzahl der gewünschten Meldebögen:

oder

**Elektronisch:**

Software:

Ansprechperson EDV:

Übertragung der Meldepflicht auf :

Hiermit beauftrage ich o.g. Tumorzentrum nach Hessischem Krebsregistergesetz (HKRG) §5 Abs. 5 S. 1 mit der Durchführung der Meldungen meiner Patientinnen und Patienten.

Mit der Weiterleitung der Daten an die Abrechnungsstelle des Hessischen Krebsregisters beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) zum Zwecke der Auszahlung der Meldevergütung bin ich einverstanden. Bei fehlendem Einverständnis kann keine Auszahlung erfolgen

---

Datum und Unterschrift