



Vertrauensstelle des
Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main

Anmeldung beim Hessischen Krebsregister

Melder-ID

(wird vom Krebsregister vergeben)

Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters

Lurgiallee 10 60439 Frankfurt am Main Telefonzentrale 069 5660876-0 anmeldung@hessisches-krebsregister.de

Meldende Ärztin/Meldender Arzt

Titel, Vorname, Name

Tätigkeitsort

Name der Klinik

Name der Abteilung

Institutionskennzeichen (IK)

Bezeichnung der Praxis

Betriebsstätten-Nr. (BSNR)

Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)

Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Einrichtung in der stationären Versorgung

oder Einrichtung in der ambulanten Versorgung

Weitere Ansprechpersonen

bei Fragen zur Technik/EDV

bei Fragen zur Dokumentation

Titel, Vorname, Name

Telefon

E-Mail-Adresse

**Nutzen Sie ein
Tumordokumentationssystem?**

Ja, folgendes System:

Nein

Optional: Hiermit beauftrage ich nach § 5 Abs. 5 S. 1 Hessischem Krebsregistergesetz (HKRG) folgendes Tumorzentrum bzw. folgende Abteilung mit der Meldungsübermittlung an das Hessische Krebsregister:

Datum, Stempel, Unterschrift



Auszahlung der Meldevergütung vom Hessischen Krebsregister

Abrechnungsstelle des
Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main

Melder-ID

(wird vom Krebsregister vergeben)

Abrechnungsstelle des Hessischen Krebsregisters

Lurgiallee 10 60439 Frankfurt am Main Telefonzentrale 069 580013-400 kr-abrechnung@hlpug.hessen.de

Meldende Ärztin/Meldender Arzt

Titel, Vorname, Name

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN

DE					
----	--	--	--	--	--

Name der Bank

Individueller Verwendungszweck

Wenn kein individueller Verwendungszweck erwünscht, lautet dieser: „Krebsregister ZXXXX/Melder-ID“

Vergütungsadresse

Vergütungspost an meine Person und mein Tätigkeitsort senden
(siehe Seite „Anmeldung beim Hessischen Krebsregister“)

Vergütungspost an abweichende Vergütungsadresse senden:

Bei abweichender Vergütungsadresse bitte ausfüllen!

Titel, Vorname, Name

Name der Dienststelle

Name der Abteilung

Adresszusatz

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum, Stempel, Unterschrift