



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

## Servicebogen für Änderungsmitteilungen

**Klinik/ Abteilung/Praxis:**

**Melder-ID:**


Bisher

Änderung

**1. Wechsel der Ärztlichen Leitung:**

**Titel, Name, Vorname:**

**Adresse und ggf. Bankverbindung für  
die Vergütung von Altmeldungen bis  
zum Datum des Wechsels:**

**Für Praxen:**

**Betriebsstätten-Nr. (BSNR):**

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

Datum der Änderung:	

**2. Adressänderung:**

**Straße:**

**PLZ/Ort:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Email-Adresse:**

**Ansprechperson:**

Datum der Änderung:	

**3. Änderung der Bankverbindung:**

**Kontoinhaber:**

**IBAN:**

**Name der Bank:**

**Individueller Verwendungszweck:**

Datum der Änderung:	
	DE    _ _ _      _ _ _ _ _      _ _ _ _ _      _

**4. Beendigung der Meldetätigkeit:**

Datum:	Grund:	Nachfolge:
--------	--------	------------

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