

Zentralstelle der Krebsregistrierung, Krebsregister M-V
c/o Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R.
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald



KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

Telefon: 03834-867562
Fax: 03834-866919
E-Mail: support-zkr@uni-greifswald.de

Hinweis: Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nutzerantrag für einen Melderportal-Account für Gemeinschaftspraxen und MVZ
(Ein Verantwortlicher meldet im Auftrag mehrerer Melder)

Angaben zur Praxis

Name:

Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort):

BSNR: Softwarehersteller/
Name des meldenden Systems

Angaben zum Verantwortlichen (ggf. Melder)

Name: Vorname:

Titel: Telefonnr.:

Tätigkeit: LANR:

E-Mail-Adresse:

Laufzeit des Nutzerzugangs

unbefristet befristet bis:

Art der elektronischen Tumormeldung

Meldung online über den Webbrowser

Upload von elektronischen Meldungen im XML-Format (onkologischer Basisdatensatz) ¹

Bankdaten zur Auszahlung der Meldervergütung

IBAN:

BIC: Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

¹ Ihr Praxissoftwaresystem muss das XML-Exportformat (onkologischer Basisdatensatz) in seiner gültigen Version unterstützen. Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an Ihren Praxissoftwarehersteller.

Zentralstelle der Krebsregistrierung, Krebsregister M-V
c/o Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R.
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald



KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

Telefon: 03834-867562

Fax: 03834-866919

E-Mail: support-zkr@uni-greifswald.de

Hinweis: Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

notwendige Angaben über alle Melder Ihrer Gemeinschaftspraxis

Melder 2

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>

Melder 3

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>

Melder 4

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>

Melder 5

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>

Melder 6

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>	LANR:	<input type="text"/>

Zentralstelle der Krebsregistrierung, Krebsregister M-V
c/o Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R.
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald



KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

Telefon: 03834-867562
Fax: 03834-866919
E-Mail: support-zkr@uni-greifswald.de

Nach Bearbeitung des Antrags erhält der Antragssteller von der Zentralstelle der Krebsregistrierung (ZKR):

- für jeden angegebenen Melder jeweils eine Melder-ID
- ein Client-Zertifikat, das in den Webbrowser eingebunden werden muss und mit einem Passwort geschützt ist
- die individuellen Zugangsdaten zum Melderportal.

Hinweis:

Die in das Melderportal hochgeladenen elektronischen Meldungen müssen den Anforderungen des Umsetzungsleitfadens entsprechen. Bitte informieren Sie sich darüber bei Ihrem Softwarehersteller. Der Umsetzungsleitfaden kann unter folgender E-Mail-Adresse angefragt werden: it@krebsregisterverbund.de

Verpflichtungserklärung für Benutzer des Melderportals:

Das Client-Zertifikat, das aufgrund dieses Antrags erstellt wird, dient als Bestätigung der Identität des Melders bzw. Computers in der Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Melderportal-Server bei der Zentralstelle der Krebsregistrierung. Das Zertifikat ist mit einem Passwort geschützt und wird im Browser des Praxis-Computers installiert. Da mit dem Zertifikat ein Zugang zum Melderportal ermöglicht wird, ist eine Installation nur auf den Praxis-Computern gestattet. Eine Weiterleitung des Zertifikates und der Zugangsdaten an unbefugte Personen oder eine Installation auf Computern außerhalb der Praxis ist nicht erlaubt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie Ihre Passwörter stets vertraulich behandeln und nicht zulassen, dass Zertifikat und Passwörter Unbefugten zugänglich gemacht werden.

Einverständniserklärung zur Speicherung der Daten

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der dauerhaften Speicherung und Verarbeitung der angegebenen Daten beim Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern zum Zwecke der elektronischen Meldung, Abrechnung und Auszahlung der Meldevergütungen sowie Kontaktierung durch das Krebsregister zu. Ihre Rechte gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (Art. 15-18) bleiben davon unberührt.

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des
Verantwortlichen

Stempel der Praxis