

Melder-ID

(Erteilt durch das Register / bei Änderung, wenn bekannt bitte angeben)



KLINISCHE KREBSREGISTER
Sachsen-Anhalt gGmbH

MELDER-STAMMDATENBLATT FÜR KRANKENHAUSABTEILUNGEN

* die Ausfüllhilfe finden Sie unter
[https://www.kkr-lsa.de/melder/
anleitungen-dokumente](https://www.kkr-lsa.de/melder/anleitungen-dokumente)

Name des Krankenhauses		
Anschrift		
Institutionskennzeichen (IKNR)		
Ärztlicher Direktor		
E-Mail Ärztlicher Direktor		
Name antragstellenden Klinik / Abteilung		
Chefarzt / Chefärztin		
E-Mail und Telefon (Chefarzt / Chefärztin)		
Ausleitung xml-Daten gewünscht	Ja Nein	Falls eine Ausleitung von xml-Daten gewünscht wird, kontaktieren Sie bitte unsere IT-Abteilung (informatik@kkr-lsa.de)
Bankdaten für die Auszahlung der Meldevergütung		
Kontoinhaber:		
IBAN:		
Name der Bank:		

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der dauerhaften
Speicherung der oben angegebenen Daten im
Klinischen Krebsregister Sachsen-Anhalt gGmbH zu.

bearbeitet durch:

Koordinierungsstelle:

Informatik:

(auszufüllen durch das Register)

Ort

Datum

Unterschrift/ Stempel