per Fax an Karim Lablack 040-593613969 oder klablack@ivpnetworks.de

Entsprechend der Angaben auf diesem Stammdatenblatt, legen wir für die angegebenen Personen, individuelle Zugänge zum online-Portal www.IVPnet.de an.
Bitte prüfen Sie die Daten daher sorgfältig und bestätigen Sie diese mit Unterschrift der zeichnungsberechtigten Person(en). Beachten Sie bitte, dass wir für jede Person, die einen Zugang zur Plattform erhalten soll, eine Mobilfunknummer für das smsTAN-Verfahren benötigen

Allgemeines

Name der Institution*:
Name der Praxis/ des Arztes/ des Psychotherapeuten

Straße*:

PLZ/ Ort*

Telefon *: Fax:

E-Mail*: Website:

BSNR*:
Betriebsstättennummer

Kontaktdaten Geschäftsführung der Institution

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon: Fax:

Mobil: E-Mail:

*Kontaktdaten Operativer Ansprechpartner (z.B.: MFA)** *falls abweichend*

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon: Fax:

Mobil: E-Mail:

*alle derart gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

Folgende Personen sollen für die auf Seite 1 genannte Institution einen Zugang zur IVPnet erhalten. Beachten Sie bitte, dass wir eine Mobilfunknummer für das smsTAN-Verfahren benötigen.

*1. Person**

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Telefon 2:

Mobil*: Fax:

E-Mail:

Qualifikation*:
Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:
lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden)

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen und Abrechnungen durchzuführen (Koordination)*

☐ ja ☐ nein

Berechtigung Mitarbeiterdaten zu pflegen und neue Mitarbeiter anzulegen (Leitungsfunktion)*

☐ ja ☐ nein

2. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Telefon 2:

Mobil*: Fax:

E-Mail:

Qualifikation*:
Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:
lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden)

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen und Abrechnungen durchzuführen (Koordination)*

☐ ja ☐ nein

Berechtigung Mitarbeiterdaten zu pflegen und neue Mitarbeiter anzulegen (Leitungsfunktion)*

☐ ja ☐ nein

*alle derart gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

3. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Telefon 2:

Mobil*: Fax:

E-Mail:

Qualifikation*:
Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:
lebenslange Arztnummer* (falls vorhanden)

Berechtigung Patientenleistungen zu pflegen und Abrechnungen durchzuführen (Koordination)*

☐ ja ☐ nein

Berechtigung Mitarbeiterdaten zu pflegen und neue Mitarbeiter anzulegen (Leitungsfunktion)*

☐ ja ☐ nein

Mit der nachfolgenden Unterschrift stimme ich der Einrichtung eines Zugangs zur IVPnet und der damit zusammenhängenden Freischaltung des smsTAN-Verfahrens für die benannten Personen zu:

*Unterschrift der unterschriftsberechtigten Person

*alle derart gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder