

Anmeldeformular zur Registrierung für das Melderportal (Schnittstelle)

Mit diesem Formblatt beantragen Sie die Zugangsdaten für die Portal-Schnittstelle des Klinischen Krebsregisters Thüringen, sowie dem dazugehörigen Sicherheitszertifikat für die sichere Übertragung der Meldungspakete.

Sicherheitsbedingt ist dafür ein Passwort für die Verwendung des Sicherheitszertifikats sowie je ein Passwort pro Nutzer zur Anmeldung an der Portalsoftware erforderlich. Das Sicherheitszertifikat dient der Authentifizierung Ihrer Betriebsstätte am Melderportal, die Benutzeraccounts der Authentifizierung der registrierten Nutzer. Es benötigen lediglich diejenigen Mitarbeiter einen Zugang, die Sie mit der Abgabe elektronischer Tumormeldungen betrauen möchten. Zur Zuordnung der Mitarbeiter zu Ihnen als verantwortliche Melder bitten wir zudem um die Angabe Ihrer MelderID, die Sie von Ihrer Registerstelle erhalten haben. Sollten Sie noch keine MelderID besitzen, lassen Sie das entsprechende Feld frei. In diesem Fall erhalten Sie Ihre MelderID mit den Unterlagen zur Bestätigung der Registrierung.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formblatt **postalisch** an:

Zentrales Klinisches Krebsregister Thüringen gGmbH
Carl-Zeiss-Platz 8
07743 Jena

WICHTIG: Bewahren Sie die angegebenen Passwörter in geeigneter Form (z.B. Passwortverwaltung) auf, da die Formblätter nach dem Anlegen der Accounts und der Erstellung des Zertifikats bei der Zentrales klinisches Krebsregister Thüringen gGmbH vernichtet werden. Auf diese Weise besitzen ausschließlich Sie die alleinige Nutzungsmöglichkeit der erhaltenen Accounts und des Sicherheitszertifikats.

Mit der Abgabe dieses Antrags verpflichten Sie sich zum sorgfältigen und sicheren Umgang mit dem Ihnen zur Verfügung gestellten Sicherheitszertifikat und den Zugangsinformationen. Der Verlust oder das Bekanntwerden gegenüber Dritten sind unverzüglich per E-Mail an it@zkk-thueringen.de dem Klinischen Krebsregister Thüringen anzuzeigen.

Das durch Sie vergebene Sicherheitswort dient Ihrer Authentifikation bei Problemen (z.B. Passwort vergessen, Schlüssel gestohlen) gegenüber den Mitarbeitern des Klinischen Krebsregisters Thüringen. Dieses Sicherheitswort wird dazu in unserer Accountverwaltung im Klartext gespeichert. Beachten Sie bitte, dass sich das Sicherheitswort eindeutig von den verwendeten Passwörtern unterscheiden muss.

Bei der Wahl der Passwörter berücksichtigen Sie bitte die folgenden Regeln:

- keine Namen von Mitarbeitern oder der Einrichtung
- Länge > 8 Zeichen
- pro Nutzeraccount ein eigenes Passwort

Füllen Sie bitte alle Felder leselich in Druckbuchstaben aus.

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

Zentrales Klinisches Krebsregister
Thüringen gGmbH
Carl-Zeiss-Platz 8
07743 Jena

Telefon: 03641- 9396752
Telefax: 03641- 9396757
E-Mail: it@zkkcr-thueringen.de

ANMELDEFORMULAR ZUR REGISTRIERUNG FÜR DAS MELDERPORTAL FÜR PRAXEN/GEMEINSCHAFTSPRAXEN/MVZ/KLINIKUMSABTEILUNGEN

Hinweis: Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Angaben zur Praxis/MVZ/Krankenhaus	
Name:	
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort):	
BSNR (IK bei Krankenhaus):	
Verantwortlicher:	
MelderID:	
E-Mail-Adresse:	
Passwort für das Sicherheitszertifikat:	
Sicherheitswort:	

Unterschrift Antragsteller: _____

Zentrales Klinisches Krebsregister Thüringen gGmbH

Carl-Zeiss-Platz 8, 07747 Jena

Telefon: 03641 – 939 6750

Telefax: 03641 – 939 6757

Bankverbindung

Deutsche Apotheker-und Ärztebank eG

IBAN DE23 30060601 0007767504

BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer: 162/124/01246

HRB 514337, Amtsgericht Jena

Geschäftsführerin: Dr. Ulrike Laubscher

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

Nachfolgend sind alle Melder Ihrer Praxis/MVZ/Klinikabteilung anzugeben. Für Klinikabteilungen geben Sie bitte nur den jeweiligen Chefarzt an.

Melder sind alle Ärzte und Ärztinnen im Freistaat Thüringen, die an der Versorgung und Behandlung onkologischer Patienten beteiligt sind. Sofern Sie als Melder selbst die Übermittlung der elektronischen Tumormeldungen über das Melderportal abgeben, müssen die Felder „Nutzer“ und „Passwort“ von Ihnen ausgefüllt werden.

#	Titel + Nachname	Vorname	LANR	Abteilung (nur Krankenhaus)	Nutzer (optional)	Passwort (optional)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Zentrales Klinisches Krebsregister Thüringen gGmbH

Bankverbindung

Carl-Zeiss-Platz 8, 07747 Jena

Deutsche Apotheker-und Ärztebank eG

Steuernummer: 162/124/01246

Telefon: 03641 – 939 6750

IBAN DE23 30060601 0007767504

HRB 514337, Amtsgericht Jena

Telefax: 03641 – 939 6757

BIC DAAEDEDXXX

Geschäftsführerin: Dr. Ulrike Laubscher

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an:

Notwendige Angaben aller Nutzer des Meldeportals Ihrer Praxis/Klinikabteilung.

#	Titel + Nachname	Vorname	Nutzername	Passwort
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Zentrales Klinisches Krebsregister Thüringen gGmbH

Carl-Zeiss-Platz 8, 07747 Jena

Telefon: 03641 – 939 6750

Telefax: 03641 – 939 6757

Bankverbindung

Deutsche Apotheker-und Ärztebank eG

IBAN DE23 30060601 0007767504

BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer: 162/124/01246

HRB 514337, Amtsgericht Jena

Geschäftsführerin: Dr. Ulrike Laubscher