

**Ausgefülltes Formular im Original bitte an**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
IT/EDV  
Europaallee 7 - 9  
66113 Saarbrücken

EDV-HelpDesk  
Telefon 0681 99837-0

## KV-Connect – Erneute Zugangsdatenanforderung

### Angaben zur Praxis / Einrichtung

Bezeichnung der Praxis / Einrichtung	73 BSNR
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Fax
Praxisverwaltungssystem / Primärsystem	Name oder Firma und Ort des Systembetreuers

### Angaben zur Person (Inhaber des KV-Connect-Accounts)

Titel, Name, Vorname	LANR	Fachrichtung
----------------------	------	--------------

#### Datenschutzhinweise und Nutzungsbedingungen

Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bei der Nutzung von KV-Connect kann ich den KV-Connect Datenschutzhinweisen entnehmen. Die KV-Connect Nutzungsbedingungen sind Bestandteil des KV-Connect Antrages. Ich habe die Nutzungsbedingungen zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. Die Datenschutzhinweise und Nutzungsbedingungen finde ich auf <https://www.kvsaarland.de> unter >> IT in der Praxis >> Dokumente >> Dokumente zu KV-Connect.

Ort, Datum

Unterschrift des **Nutzers** (Inhaber des KV-Connect-Accounts) (falls vom Antragsteller abweichend)

Unterschrift des **Antragstellers**

lesbarer Praxis- oder Einrichtungsstempel