

Ihre Registrierung bei IVPview:

Allgemeines

Name der Organisation*: _____ Kürzel der Organisation: _____
Name der Praxis/des Arztes/des Psychotherapeuten

BSNR*: _____
Betriebsstättennummer

AIS/PVS: _____
Arztinformationssystem / Praxisverarbeitungssoftware

Straße*: _____ Hausnummer*: _____

PLZ/Ort*: _____ Bundesland: _____

Abweichende Rechnungsadresse

Straße*: _____ Hausnummer*: _____

PLZ/Ort*: _____

Kontaktdaten Ansprechpartner der Organisation

Anrede*: _____ Titel: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

Mobil*: _____ Fax: _____

E-Mail*: _____

Wenn Sie die SMS-Tan aktivieren, werden Sie nach dem Login zur Eingabe eines Sicherheitscodes aufgefordert, welcher Ihnen per SMS auf Ihre hier gespeicherte Handynummer gesendet wird.

1. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Fax:

Mobil*: Mobilnummer für sms-Tan aktivieren

E-Mail*:

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

LANR*:
lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)

Zugang für MFA oder Behandler:in*: MFA Behandler:in

2. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Fax:

Mobil*: Mobilnummer für sms-Tan aktivieren

E-Mail*:

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

LANR*:
lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)

Zugang für MFA oder Behandler:in*: MFA Behandler:in

3. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Fax:

Mobil*: Mobilnummer für sms-Tan aktivieren

E-Mail*:

Qualifikation*:

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:

lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)

Zugang für MFA oder Behandler:in*: MFA Behandler:in

4. Person

Anrede*: Titel:

Name*: Vorname*:

Telefon 1: Fax:

Mobil*: Mobilnummer für sms-Tan aktivieren

E-Mail*:

Qualifikation*:

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:

lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)

Zugang für MFA oder Behandler:in*: MFA Behandler:in

5. Person

Anrede*: _____ Titel: _____

Name*: _____ Vorname*: _____

Telefon 1: _____ Fax: _____

Mobil*: _____ Mobilnummer für sms-Tan aktivieren

E-Mail*: _____

Qualifikation*: _____

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*: _____

lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)

Zugang für MFA oder Behandler:in*: MFA Behandler:in

*Unterschrift der unterschriftsberechtigten Person

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen: <https://www.ivpview.de/agb/>