

Ihre Registrierung bei IVPview:

Bitte zurück per Mail an kontakt@ivpview.de oder per Fax an 040 / 226 306 763

Allgemeines

Name der Organisation*:

Kürzel:

Name der Praxis/der Ärztin/des Psychotherapeuten

BSNR*:

Betriebsstättennummer

AIS/PVS:

Arztinformationssystem/Praxisverarbeitungssoftware

Straße*:

Hausnummer*:

PLZ/Ort*:

Bundesland:

Abweichende Rechnungsadresse

Straße*:

Hausnummer*:

PLZ/Ort*:

Bundesland:

¹⁾ Bitte wählen Sie für das Login in die Plattform entweder das SMS- oder E-Mail-Tan-Verfahren aus.

* Alle mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

1. Person

Anrede*:

Titel:

Vorname*:

Nachname*:

Mobilnummer:

SMS-Tan aktivieren ¹⁾

E-Mail-Adresse*:

E-Mail-Tan aktivieren ¹⁾

Qualifikation*:

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:

*Lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)*

Zugang für*:

Praxispersonal

oder Behandler:in

2. Person

Anrede*:

Titel:

Vorname*:

Nachname*:

Mobilnummer:

SMS-Tan aktivieren ¹⁾

E-Mail-Adresse*:

E-Mail-Tan aktivieren ¹⁾

Qualifikation*:

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:

*Lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)*

Zugang für*:

Praxispersonal

oder Behandler:in

3. Person

Anrede*:

Titel:

Vorname*:

Nachname*:

Mobilnummer:

SMS-Tan aktivieren ¹⁾

E-Mail-Adresse*:

E-Mail-Tan aktivieren ¹⁾

Qualifikation*:

Facharztbezeichnung, psychologischer Psychotherapeut, Medizinische Fachangestellte, etc.

LANR*:

*Lebenslange Arztnummer *(falls vorhanden)*

Zugang für*:

Praxispersonal

oder Behandler:in

*Unterschrift der unterschriftsberechtigten Person

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