

Absender (Name und Anschrift des Patienten oder der Patientin)

Empfänger (Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass dieses Formular ausschließlich genutzt werden darf, wenn das von der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) gemeinsam definierte KVNR-Beantragungsverfahren auf Basis der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken nicht genutzt werden kann – beispielsweise, wenn das Krankenhaus oder das Krankenversicherungsunternehmen nicht an die Datenübermittlung angebunden ist.

**Betreff: Bereitstellung der einheitlichen 10-stelligen Krankenversichertennummer**

nach § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V

Meine interne Versicherungsnummer bei Ihnen lautet:

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund des Vorliegens einer implantatbezogenen Maßnahme bitte ich um die zeitnahe Bereitstellung einer Krankenversichertennummer (KVNR) nach § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Private Krankenversicherungsunternehmen sind gem. § 17 Abs. 4 IRegG verpflichtet, diese Nummer für ihre Versicherten bereitzustellen. Bitte senden Sie eine Kopie der KVNR auch an folgende Adresse der behandelnden Gesundheitseinrichtung.

Name und Anschrift der behandelnden Gesundheitseinrichtung:

St. Antonius-Hospital Gronau  
Patientenaufnahme  
Möllenweg 22  
48599 Gronau

**Meine persönlichen Angaben lauten wie folgt (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):**

Vorname	
Nachname (ggf. Vorsatzwort und Namenszusatz)	
Geburtsname (nur falls abweichend vom Nachnamen)	
Geburtsdatum	
Geburtsland	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt

**Erläuterungen:**

Bei Vornahme einer implantatbezogenen Maßnahme bestehen gesetzliche Melde- bzw. Nachweispflichten u. a. der die Maßnahme vornehmenden Gesundheitseinrichtung sowie des Kostenträgers. Insbesondere die Erfassung der implantatbezogenen Maßnahme im Implantateregister Deutschland durch die Gesundheitseinrichtung, deren Nachweis gegenüber dem Kostenträger, Meldungen zu Kostenträgerwechseln und zum Vitalstatus des Patienten sind auch bei privat Versicherten unter Nutzung des unveränderbaren Teils der KVNR vorzunehmen. Die KVNR ist eine einmalige, individuelle und grds. lebenslang gültige Identifikationsnummer einer Person für Zwecke des Gesundheitswesens, u.a. für Meldungen nach dem Implantateregistergesetz oder für die Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur, bspw. eine elektronische Patientenakte.

Wenn Sie im Implantatfall noch keine KVNR haben, lässt Ihre private Krankenversicherung diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zu Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertenummer/>.

Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass Ihre private Krankenversicherung der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und die RVNR übermittelt.

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lässt Ihre private Krankenversicherung diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. ruft diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass Ihre private Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und folgende personenbezogenen Daten an die Deutschen Rentenversicherung übermittelt: Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname, ggf. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer.

---

**Ort, Datum und Unterschrift** der versicherten Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

---

**Ort, Datum und Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter(s)** (bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres der versicherten Person stets notwendig)