Absender

*[Angaben zur verantwortlichen Gesundheitseinrichtung]*

Empfänger

*[Angaben zur gesetzlichen Krankenkasse, zum privaten Krankenversicherungsunternehmen oder zum sonstigen Kostenträger (zum Krankenversicherungsträger) der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten]*

*[Datum, Uhrzeit]*

**Mitteilung gemäß § 25 Implantateregistergesetz (IRegG)**

Bei der Patientin / dem Patienten mit der

**Krankenversichertennummer[[1]](#footnote-1)** *[Angabe der zehnstelligen Krankenversichertennummer]*

wurde eine implantatbezogene Maßnahme nach dem Implantateregistergesetz (IRegG) durchgeführt. Auf die Meldepflicht gemäß [§ 17 Abs. 2 IRegG](https://www.gesetze-im-internet.de/iregg/__17.html) gegenüber der Vertrauensstelle des Implantateregister Deutschland (IRD) bezüglich Vitalstatus, Sterbedatum und Versicherungswechsel wird hingewiesen.

1. Es handelt sich dabei um den zehnstelligen unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. [↑](#footnote-ref-1)