

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck
Teilnahmeformular planBaby	https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/familie/programm-planbaby/planbaby-teilnahme/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname Nachname	nein	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	nein	
Teilnahmeformular BabyCare	https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/familie/programm-babycare/babycare-teilnahme/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname Nachname	nein	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	nein	
Formular Pflegeberatung	https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/pflegeversicherung/pflegeberatung/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Nachname	nein	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
		E-Mail-Adresse	ja		
Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.		
Formular Fragen Kurzkuren	https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/vorsorgeleistungen/kurzkuren/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
		E-Mail-Adresse	ja		
Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.		
Anmeldeformular Präventionskurse	https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/vorsorgeleistungen/praeventionskurse/kursanmeldung-formular/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Nachname	ja	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	ja	
			Postleitzahl Wohnort	ja	
			Telefon-Nummer	nein	
		E-Mail-Adresse	ja		
Kursdaten / Kursauswahl	Kurstitel	nein	Zuordnung der Anmelde Daten zum Angebot.		
Kursnummer	ja				
Mitgliedschaftsantrag Kurzversion (Onlineantrag SCHNELL)	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag-schnell/	Beginn Mitgliedschaft	Ich möchte Mitglied werden zum	nein	Datum zum Beginn des Vertragsverhältnisses
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger sowie zur Mitgliedschaft.
			Vorname Name	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
Postleitzahl Wohnort	ja				
E-Mail-Adresse	ja				
Unterlagen	Kündigungsbestätigung der Vorkasse	nein	Ergänzende Unterlagen, Dokumente für das Zustandekommen einer Mitgliedschaft.		
		Passbild-Datei für die Gesundheitskarte		nein	
Mitgliedschaftsantrag Langversion (Onlineantrag)	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag/	Beginn Mitgliedschaft	Ich möchte Mitglied werden zum	nein	Datum zum Beginn des Vertragsverhältnisses
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger sowie zur Mitgliedschaft.
			Titel	nein	
			Vorname Name	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsname	nein	
			Familienstand	nein	
			Staatsangehörigkeit	nein	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	ja	
			Telefon-Nummer	ja	
		E-Mail-Adresse	ja		
		Bild Gesundheitskarte	Passbild-Datei	nein	Bilddatei für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte
		Arbeitgeberdaten	Ihr Status (Tätigkeitsstatus)	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
Name des Arbeitgebers / der Hochschule	nein				
Straße Hausnummer	nein				
Postleitzahl Ort	nein				
Bankdaten	Bank / Institut	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.		
	IBAN	nein			
	BIC	nein			
Vorversicherungsdaten	Name der bisherigen Krankenkasse	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.		
	Versicherungsstatus	nein			
	Bisherige Krankenversicherungsnummer	nein			

			18 Monate oder länger versichert	nein	
			Kündigungsbestätigung Vorkasse	nein	
		Kontaktinformationen	Ich bitte um Kontaktaufnahme	nein	Ergänzende Informationen zur Kontaktaufnahme.
			Sie erreichen mich am Besten	nein	
Formular Weiterempfehlung (IKK Nord empfehlen)	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/ikk-nord-empfehlen/	Daten Empfehlender	Vorname Name	ja	Angaben zur Identifikation des Empfehlenden durch Empfänger.
			Versichertennummer (siehe IKK-Versichertenkarte)	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Bankverbindung Empfehlender	Bank / Institut	nein	Daten für die Empfehlungsvergütung.
			IBAN	nein	
		Daten Empfehler	Vorname Name	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Empfohlenen durch Empfänger sowie zur Anbahnung einer Mitgliedschaft.
			Geburtsdatum	nein	
Straße Hausnummer	ja				
Postleitzahl Wohnort	ja				
Kontaktaufnahme möglich per (Telefon, E-Mail)	nein				
Telefon-Nummer	nein				
E-Mail-Adresse	nein				
Formular Rückrufservice	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/rueckrufservice/	Terminangaben	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	ja	
E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja				
Anliegen	Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
	Nachricht	nein			
Formular Terminvereinbarung	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/terminvereinbarung/	Terminangaben	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
			in Schleswig-Holstein in [Angabe Servicecenter]		
		in Mecklenburg-Vorpommern in [Angabe Servicecenter]			
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	ja	
		E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja		
Anliegen	Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
	Nachricht	nein			
Formular Kontakt	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/kontakt/	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Versicherten-Nummer	nein	
			ggf. Betriebs-Nummer	nein	
			Straße, Hausnummer	nein	
			Postleitzahl, Ort	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Personenkreis	nein		
		Nachrichtenzuordnung	Themenbereich	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Thema Mitgliedschaft	nein	
			Thema Beiträge/Meldungen	nein	
			Thema Leistungen	nein	
			Thema Verträge	nein	
Thema Zusatzangebote	nein				
Thema Vorsorgeleistungen	nein				
Thema Pflegeversicherung	nein				
Thema Sonstiges	nein				
Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
	Datei 1 [Anhang]	nein			
	Datei 2 [Anhang]	nein			
	Datei 2 [Anhang]	nein			
Formular Lob und Kritik	https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname, Name	nein	
			Unternehmen	nein	
			Versicherten-Nummer	nein	
			ggf. Betriebs-Nummer	nein	
			Straße, Hausnummer	nein	
			Postleitzahl, Ort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
		Telefax-Nummer	nein		
		E-Mail-Adresse	nein		
Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
Formular Rückrufservice	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/rueckrufservice/	Terminangaben	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	

			Firma	nein	Absender durch Empfänger.
			Telefon-Nummer	ja	
			E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja	
		Anliegen	Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Nachricht	nein	
Formular Terminvereinbarung	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/terminvereinbarung/	Terminaten	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
			in Schleswig-Holstein in [Angabe Servicecenter]		
			in Mecklenburg-Vorpommern in [Angabe Servicecenter]		
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	ja	
			E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja	
		Anliegen	Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Nachricht	nein	
Formular Kontakt	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/kontakt/	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Versicherten-Nummer	nein	
			ggf. Betriebs-Nummer	nein	
			Straße, Hausnummer	nein	
			Postleitzahl, Ort	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Personenkreis	nein	
		Nachrichtenzuordnung	Themenbereich	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Thema Mitgliedschaft	nein	
			Thema Beiträge/Meldungen	nein	
			Thema Leistungen	nein	
			Thema Verträge	nein	
			Thema Zusatzangebote	nein	
			Thema Vorsorgeleistungen	nein	
			Thema Pflegeversicherung	nein	
			Thema Sonstiges	nein	
		Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Datei 1 [Anhang]	nein	
			Datei 2 [Anhang]	nein	
			Datei 2 [Anhang]	nein	
Formular Lob und Kritik	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname, Name	nein	
			Unternehmen	nein	
			Versicherten-Nummer	nein	
			ggf. Betriebs-Nummer	nein	
			Straße, Hausnummer	nein	
			Postleitzahl, Ort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
			Telefax-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	nein	
		Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
Formular Adressänderung	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/adresse-aendern/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben und Identitätsnachweis des Absenders zur Zuordnung der Daten.
			Versichertennummer	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Verifizierung	ja	
		Änderungsdaten	Straße Hausnummer – NEU	ja	Angaben zur Datenänderung durch den Empfänger.
			Adresszusatz – NEU	ja	
			PLZ Ort – NEU	ja	
			Neue Adresse gültig ab (Datum)	nein	
Formular Anforderung Mitgliedschaftszeiten (bescheinigung)	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/anforderung-mitgliedschaftszeiten/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Straße Hausnummer	ja	
			PLZ Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	nein	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Anforderung	ja	
		Ergänzende Angaben zur Anforderung	Ich nehme eine neue Beschäftigung auf.	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit.
			Datum des Arbeitsbeginns	nein	
			Name Firma [Arbeitgeber]	nein	
			Straße Hausnummer [Arbeitgeber]	nein	
			PLZ Ort [Arbeitgeber]	nein	
			Ich werde / bin arbeitslos	ja	
			Datum des Beginns der Arbeitslosigkeit	nein	
Formular Anforderung Versicherungszeiten (bescheinigung)	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/anforderung-versicherungszeiten/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Straße Hausnummer	ja	
			PLZ Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	

			Geburtsdatum	ja	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Zeitraum vom	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum bis	ja	
			Für wen / welche Institution wird die Bescheinigung benötigt?	ja	
			Bei 'Berufsgenossenschaft' und 'Andere' bitte Bezeichnung eintragen	nein	
			Aus welchem Grund / für welche Prüfung benötigt die Institution Ihre Versicherungszeiten?	ja	
			Bei 'Andere' bitte Grund eintragen	nein	
Formular Anforderung Anforderung Bescheinigung Arbeitsunfähigkeitszeiten	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/anforderung-arbeitsunfaehigkeitszeiten/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Straße Hausnummer	ja	
			PLZ Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Anforderung		Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum vom	ja	
			Zeitraum bis	ja	
			Ich benötige alle Arbeitsunfähigkeitszeiten	ja	
			Wenn Sie 'mit folgenden Diagnosen' ausgewählt haben, bitte gewünschte Diagnose(n) eintragen.	nein	
			Für wen / welche Institution wird die Bescheinigung benötigt?	ja	
Wenn Sie 'Berufsgenossenschaft' oder 'Andere' ausgewählt haben bitte Namen / Bezeichnung eintragen.	nein				
Aus welchem Grund / für welche Prüfung benötigen Sie / benötigt die Institution die Arbeitsunfähigkeitszeiten?	ja				
Wenn Sie 'Andere' ausgewählt haben, bitte Grund eintragen.	nein				
Sonstige Hinweise / Bemerkungen	nein				
Formular Anforderung Auslandkrankenschein	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/anforderung-auslandskrankenschein/	Absenderangaben	Vorname Name	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Straße Hausnummer	ja	
			PLZ Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Zeitraum vom	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum bis	ja	
			Reiseziel	ja	
			Vorname Name + Geburtsname (1.) [Mitreisende Familienversicherte]	ja	
			Geburtsdatum (1.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Vorname Name + Geburtsname (2.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
Geburtsdatum (2.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein				
Vorname Name + Geburtsname (3.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein				
Geburtsdatum (3.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein				
Vorname Name + Geburtsname (4.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein				
Geburtsdatum (4.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein				
Ständige Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)	nein				
Mitgliedschaftsantrag Langversion (Onlineantrag)	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/mitglied-werden/	Beginn Mitgliedschaft	Ich möchte Mitglied werden zum	nein	Datum zum Beginn des Vertragsverhältnisses
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger sowie zur Mitgliedschaft.
			Titel	nein	
			Vorname Name	ja	

			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsname	nein	
			Familienstand	nein	
			Staatsangehörigkeit	nein	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	ja	
			Telefon-Nummer	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Bild Gesundheitskarte	Passbild-Datei	nein	Bilddatei für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte
		Arbeitgeberdaten	Ihr Status (Tätigkeitsstatus)	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
			Name des Arbeitgebers / der Hochschule	nein	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Ort	nein	
		Bankdaten	Bank / Institut	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
			IBAN	nein	
			BIC	nein	
		Vorversicherungsdaten	Name der bisherigen Krankenkasse	nein	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
			Versicherungsstatus	nein	
			Bisherige Krankenversicherungsnummer	nein	
			18 Monate oder länger versichert	nein	
			Kündigungsbestätigung Vorkasse	nein	
		Kontaktinformationen	Ich bitte um Kontaktaufnahme	nein	Ergänzende Informationen zur Kontaktaufnahme.
			Sie erreichen mich am Besten	nein	
Mitgliedschaftsantrag Kurzversion (Onlineantrag SCHNELL)	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/mitglied-werden-schnell/	Beginn Mitgliedschaft	Ich möchte Mitglied werden zum	nein	Datum zum Beginn des Vertragsverhältnisses
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger sowie zur Mitgliedschaft.
			Vorname Name	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Unterlagen	Kündigungsbestätigung der Vorkasse	nein	Ergänzende Unterlagen, Dokumente für das Zustandekommen einer Mitgliedschaft.
Passbild-Datei für die Gesundheitskarte	nein				
Formular Pflegeberatung	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/pflegeberatung/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Nachname	nein	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.	
Formular Newsletter Anmeldung	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/newsletter/anmeldung/	Abonnementdaten	E-Mailadresse	ja	Angaben zum Erstellen eines Abonnements.
			Newsletterauswahl [Kategorie]	ja	
Formular Newsletter Abmeldung	https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/newsletter/newsletter-abmeldung/	Abonnementdaten	E-Mail-Adresse	ja	Angaben zum Beenden eines Abonnements.
Formular Rückrufservice	https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/rueckrufservice/	Terminaten	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	ja	
		Anliegen	E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein	
			Nachricht	nein	
Formular Terminvereinbarung	https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/rueckrufservice-und-terminvereinbarung/terminvereinbarung/	Terminaten	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
			um (Uhrzeit)	nein	
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein	
		Anliegen	in Schleswig-Holstein in [Angabe Servicecenter]		Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			in Mecklenburg-Vorpommern in [Angabe Servicecenter]		
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	ja	
Anliegen	E-Mail-Adresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
	Versicherten-Nr. oder Betriebs-Nr.	nein			
	Nachricht	nein			
U1	https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u1/	Absenderangaben	Rechtskreis	ja	Dient dem Abgleich zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe (Beitragsbemessungsgrenze des maßgeblichen Rechtskreise.

			<table border="1"> <tr> <td>Betriebsnummer</td> <td>ja</td> <td>Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord</td> </tr> <tr> <td>Beitragskontonummer</td> <td>ja</td> <td rowspan="4">Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer</td> </tr> <tr> <td>Name der Firma</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Straße Hausnummer</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl Ort</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Ansprechpartner/in</td> <td>nein</td> <td rowspan="2">Ergibt sich aus der "Datensatzbeschreibung Erstattung AAG" vom 01.01.2018</td> </tr> <tr> <td>Telefon</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Telefax</td> <td>nein</td> <td rowspan="2">Unterstützt die Aufklärung von Fragen.</td> </tr> <tr> <td>E-Mail-Adresse</td> <td>ja</td> </tr> </table>	Betriebsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord	Beitragskontonummer	ja	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer	Name der Firma	ja	Straße Hausnummer	ja	Postleitzahl Ort	ja	Ansprechpartner/in	nein	Ergibt sich aus der "Datensatzbeschreibung Erstattung AAG" vom 01.01.2018	Telefon	nein	Telefax	nein	Unterstützt die Aufklärung von Fragen.	E-Mail-Adresse	ja																																																			
Betriebsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord																																																																										
Beitragskontonummer	ja	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer																																																																										
Name der Firma	ja																																																																											
Straße Hausnummer	ja																																																																											
Postleitzahl Ort	ja																																																																											
Ansprechpartner/in	nein	Ergibt sich aus der "Datensatzbeschreibung Erstattung AAG" vom 01.01.2018																																																																										
Telefon	nein																																																																											
Telefax	nein	Unterstützt die Aufklärung von Fragen.																																																																										
E-Mail-Adresse	ja																																																																											
		Angaben zum Anliegen [Arbeitnehmer]	<table border="1"> <tr> <td>Vorname Name</td> <td>ja</td> <td>Unterstützt die Identifikation.</td> </tr> <tr> <td>Rentenversicherungsnummer</td> <td>ja</td> <td>Angaben zur Identifikation des Arbeitnehmers, für den der Antrag eingereicht wird.</td> </tr> <tr> <td>PKV versichert?</td> <td>ja</td> <td rowspan="3">Feststellung der Zuständigkeit</td> </tr> <tr> <td>LKK versichert?</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Geringfügige Beschäftigung (Minijob)</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Beschäftigt seit dem</td> <td>nein</td> <td>Ermittlung des Anspruch der Leistung.</td> </tr> <tr> <td>Erstattungszeitraum vom</td> <td>ja</td> <td rowspan="2">Anspruchsprüfung</td> </tr> <tr> <td>Erstattungszeitraum bis</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Art der Abrechnung</td> <td>ja</td> <td>Fallprüfung</td> </tr> <tr> <td>Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?</td> <td>ja</td> <td>Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.</td> </tr> <tr> <td>War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig?</td> <td>ja</td> <td>Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.</td> </tr> <tr> <td>Wurde am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?</td> <td>ja</td> <td rowspan="2">Feststellung der Leistungspflicht (Zeitraum).</td> </tr> <tr> <td>Wenn ja, wie lange? [in Stunden]</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Abtretung nach § 5 AAG wird erklärt</td> <td>ja</td> <td>Abrechnung von Ersatzansprüchen.</td> </tr> <tr> <td>Art des Lohns</td> <td>ja</td> <td>Plausibilitätsprüfung</td> </tr> <tr> <td>Höhe des Lohns [in Euro]</td> <td>ja</td> <td>Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.</td> </tr> <tr> <td>Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kenzahl [in Euro]</td> <td>ja</td> <td>Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.</td> </tr> <tr> <td>Höhere BBG-RV KBS gilt</td> <td>ja</td> <td>Dienst zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe.</td> </tr> <tr> <td>Kalendertage [angefallene Arbeitszeit]</td> <td>ja</td> <td rowspan="5">Plausibilitätsprüfung</td> </tr> <tr> <td>Arbeitstage [angefallene Arbeitszeit]</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Stunden [angefallene Arbeitszeit]</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>wöchentlich [Arbeitszeit]</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Täglich [Arbeitszeit]</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)</td> <td>ja</td> <td>Bezifferung der Grundlage zur Erstattung.</td> </tr> <tr> <td>Gegebenenfalls Beitragsanteil des Arbeitgebers (eventuell pauschaliert)</td> <td>ja</td> <td>Zur rechtsgültigen Vollständigkeit. Wird bei der IKK Nord nicht erstattet.</td> </tr> <tr> <td>Erstattungsansatz in vom Hundert</td> <td>ja</td> <td>Zur Feststellung der Erstattungshöhe.</td> </tr> <tr> <td>Erstattungsbetrag</td> <td>ja</td> <td>Beantragte Leistungshöhe muss dargestellt werden.</td> </tr> </table>	Vorname Name	ja	Unterstützt die Identifikation.	Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Arbeitnehmers, für den der Antrag eingereicht wird.	PKV versichert?	ja	Feststellung der Zuständigkeit	LKK versichert?	ja	Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	ja	Beschäftigt seit dem	nein	Ermittlung des Anspruch der Leistung.	Erstattungszeitraum vom	ja	Anspruchsprüfung	Erstattungszeitraum bis	ja	Art der Abrechnung	ja	Fallprüfung	Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	ja	Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.	War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig?	ja	Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.	Wurde am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	ja	Feststellung der Leistungspflicht (Zeitraum).	Wenn ja, wie lange? [in Stunden]	nein	Abtretung nach § 5 AAG wird erklärt	ja	Abrechnung von Ersatzansprüchen.	Art des Lohns	ja	Plausibilitätsprüfung	Höhe des Lohns [in Euro]	ja	Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.	Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kenzahl [in Euro]	ja	Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.	Höhere BBG-RV KBS gilt	ja	Dienst zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe.	Kalendertage [angefallene Arbeitszeit]	ja	Plausibilitätsprüfung	Arbeitstage [angefallene Arbeitszeit]	ja	Stunden [angefallene Arbeitszeit]	ja	wöchentlich [Arbeitszeit]	ja	Täglich [Arbeitszeit]	ja	Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja	Bezifferung der Grundlage zur Erstattung.	Gegebenenfalls Beitragsanteil des Arbeitgebers (eventuell pauschaliert)	ja	Zur rechtsgültigen Vollständigkeit. Wird bei der IKK Nord nicht erstattet.	Erstattungsansatz in vom Hundert	ja	Zur Feststellung der Erstattungshöhe.	Erstattungsbetrag	ja	Beantragte Leistungshöhe muss dargestellt werden.
Vorname Name	ja	Unterstützt die Identifikation.																																																																										
Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Arbeitnehmers, für den der Antrag eingereicht wird.																																																																										
PKV versichert?	ja	Feststellung der Zuständigkeit																																																																										
LKK versichert?	ja																																																																											
Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	ja																																																																											
Beschäftigt seit dem	nein	Ermittlung des Anspruch der Leistung.																																																																										
Erstattungszeitraum vom	ja	Anspruchsprüfung																																																																										
Erstattungszeitraum bis	ja																																																																											
Art der Abrechnung	ja	Fallprüfung																																																																										
Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	ja	Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.																																																																										
War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig?	ja	Klärung von Ersatzansprüchen gegen Dritte.																																																																										
Wurde am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	ja	Feststellung der Leistungspflicht (Zeitraum).																																																																										
Wenn ja, wie lange? [in Stunden]	nein																																																																											
Abtretung nach § 5 AAG wird erklärt	ja	Abrechnung von Ersatzansprüchen.																																																																										
Art des Lohns	ja	Plausibilitätsprüfung																																																																										
Höhe des Lohns [in Euro]	ja	Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.																																																																										
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kenzahl [in Euro]	ja	Betrag muss beziffert werden, sonst keine Erstattung möglich.																																																																										
Höhere BBG-RV KBS gilt	ja	Dienst zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe.																																																																										
Kalendertage [angefallene Arbeitszeit]	ja	Plausibilitätsprüfung																																																																										
Arbeitstage [angefallene Arbeitszeit]	ja																																																																											
Stunden [angefallene Arbeitszeit]	ja																																																																											
wöchentlich [Arbeitszeit]	ja																																																																											
Täglich [Arbeitszeit]	ja																																																																											
Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja	Bezifferung der Grundlage zur Erstattung.																																																																										
Gegebenenfalls Beitragsanteil des Arbeitgebers (eventuell pauschaliert)	ja	Zur rechtsgültigen Vollständigkeit. Wird bei der IKK Nord nicht erstattet.																																																																										
Erstattungsansatz in vom Hundert	ja	Zur Feststellung der Erstattungshöhe.																																																																										
Erstattungsbetrag	ja	Beantragte Leistungshöhe muss dargestellt werden.																																																																										
		Angaben zum Anliegen [Erstattung]	<table border="1"> <tr> <td>Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden</td> <td>ja</td> <td rowspan="3">Feststellung der Erstattungsart.</td> </tr> <tr> <td>Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Beitragsnachweis für</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden</td> <td>ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Name des Geldinstituts</td> <td>nein</td> <td rowspan="4">Wenn Erstattung auf Konto bei der Bank gewünscht, dann muss diese angegeben werden.</td> </tr> <tr> <td>IBAN</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>BIC</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Kontoinhaber</td> <td>nein</td> </tr> </table>	Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja	Feststellung der Erstattungsart.	Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja	Beitragsnachweis für	nein	Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja		Name des Geldinstituts	nein	Wenn Erstattung auf Konto bei der Bank gewünscht, dann muss diese angegeben werden.	IBAN	nein	BIC	nein	Kontoinhaber	nein																																																						
Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja	Feststellung der Erstattungsart.																																																																										
Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja																																																																											
Beitragsnachweis für	nein																																																																											
Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja																																																																											
Name des Geldinstituts	nein	Wenn Erstattung auf Konto bei der Bank gewünscht, dann muss diese angegeben werden.																																																																										
IBAN	nein																																																																											
BIC	nein																																																																											
Kontoinhaber	nein																																																																											
U2	https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u2/	Absenderangaben	<table border="1"> <tr> <td>Rechtskreis</td> <td>ja</td> <td>Dient dem Abgleich zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe (Beitragsbemessungsgrenze des maßgeblichen Rechtskreise.</td> </tr> <tr> <td>Betriebsnummer</td> <td>ja</td> <td>Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord</td> </tr> <tr> <td>Beitragskontonummer</td> <td>ja</td> <td rowspan="4">Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer</td> </tr> <tr> <td>Name der Firma</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Straße Hausnummer</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl Ort</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Ansprechpartner/in</td> <td>nein</td> <td>Ergibt sich aus der</td> </tr> </table>	Rechtskreis	ja	Dient dem Abgleich zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe (Beitragsbemessungsgrenze des maßgeblichen Rechtskreise.	Betriebsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord	Beitragskontonummer	ja	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer	Name der Firma	ja	Straße Hausnummer	ja	Postleitzahl Ort	ja	Ansprechpartner/in	nein	Ergibt sich aus der																																																							
Rechtskreis	ja	Dient dem Abgleich zur Feststellung der maximalen Erstattungshöhe (Beitragsbemessungsgrenze des maßgeblichen Rechtskreise.																																																																										
Betriebsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch die IKK Nord																																																																										
Beitragskontonummer	ja	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer																																																																										
Name der Firma	ja																																																																											
Straße Hausnummer	ja																																																																											
Postleitzahl Ort	ja																																																																											
Ansprechpartner/in	nein	Ergibt sich aus der																																																																										

			Telefon	nein	"Datensatzbeschreibung Erstattung AAG" vom 01.01.2018
			Telefax	nein	Unterstützt die Aufklärung von Fragen.
			E-Mail-Adresse	ja	
		Angaben zum Anliegen [Arbeitnehmer]	Vorname Name	ja	Unterstützt die Identifikation.
			Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Arbeitnehmers, für den der Antrag eingereicht wird.
			PKV versichert?	ja	Feststellung der Zuständigkeit
			LKK versichert?	ja	
			Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	ja	
			Beschäftigt seit dem	nein	Ermittlung des Anspruch der Leistung.
			Erstattungszeitraum vom	nein	Anspruchsprüfung
			Erstattungszeitraum bis	nein	
			Art der Abrechnung	ja	Fallprüfung
			Antrag auf Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	ja	
			Letzter Arbeitstag / von Bord am	ja	
			Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja	Bezifferung der Grundlage zur Erstattung.
			Beitragsanteil des Arbeitgebers (gegebenenfalls pauschalisiert)	ja	
			Summe = Erstattungsbetrag U2	ja	Plausibilitätsprüfung
		Angaben zum Anliegen [Erstattung]	Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja	Feststellung der Erstattungsgart.
			Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja	
			Beitragsnachweis für	nein	
			Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja	Wenn Erstattung auf Konto bei der Bank gewünscht, dann muss diese angegeben werden.
			Name des Geldinstituts	nein	
			IBAN	nein	
			BIC	nein	
			Kontoinhaber	nein	
Formular Anforderung Unbedenklichkeitsbescheinigung	https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/anforderung-unbedenklichkeitsbescheinigung/	Absenderangaben	Name / Firma	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Straße Hausnummer	ja	
			Postleitzahl Ort	ja	
			Betriebsnummer	nein	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail	ja	
			Anzahl	nein	
Anmeldeformular Präventionskurse	https://www.ikk-nord.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse/kursanmeldung-formular/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Nachname	ja	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	ja	
			Postleitzahl Wohnort	ja	
			Telefon-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Kursdaten / Kursauswahl	Kurstitel	nein	Zuordnung der Anmelde Daten zum Angebot.
			Kursnummer	ja	
Formular Pflegeberatung	https://www.ikk-nord.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Nachname	nein	
			Versicherten-Nummer	ja	
			Straße Hausnummer	nein	
			Postleitzahl Wohnort	nein	
			Telefon-Nummer	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.
Formular Kontakt	https://www.ikk-nord.de/i/ikk-nord-ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/kontakt/	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			Firma	nein	
			Versicherten-Nummer	nein	
			ggf. Betriebs-Nummer	nein	
			Straße, Hausnummer	nein	
			Postleitzahl, Ort	nein	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Personenkreis	nein	
		Nachrichtenzuordnung	Themenbereich	nein	
			Thema Mitgliedschaft	nein	
			Thema Beiträge/Meldungen	nein	
			Thema Leistungen	nein	
			Thema Verträge	nein	
			Thema Zusatzangebote	nein	
			Thema Vorsorgeleistungen	nein	
			Thema Pflegeversicherung	nein	
			Thema Sonstiges	nein	
		Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Datei 1 [Anhang]	nein	
			Datei 2 [Anhang]	nein	

			Datei 2 [Anhang]	nein		
Formular Lob und Kritik	https://www.ikk-nord.de/ikk-nord-ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.	
			Vorname, Name	nein		
			Unternehmen	nein		
			Versicherten-Nummer	nein		
			ggf. Betriebs-Nummer	nein		
			Straße, Hausnummer	nein		
			Postleitzahl, Ort	nein		
			Telefon-Nummer	nein		
			Telefax-Nummer	nein		
			E-Mail-Adresse	nein		
		Anliegen	Nachricht	ja	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.	
Formular Pressekontakt	https://www.ikk-nord.de/i/presse-news-medien/pressekontakt/	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.	
			Vorname Nachname	ja		
			Unternehmen	nein		
			Telefon-Nummer	nein		
			Telefax-Nummer	nein		
			E-Mail-Adresse	nein		
						Nachricht
			Antwort per ...	ja		
Initiativbewerbungen, Bewerbungen aufgrund einer Stellenausschreibung, Auszubildendenbewerbungen und Praktikumsbewerbungen	https://www.ikk-nord.de/i/karriere/stellenangebote/	Stammdaten	Anrede	ja	Angaben zur Identifikation des Bewerbers und zur Kontaktaufnahme zum Bewerber.	
			Titel	nein		
			Vor- und Nachname	ja		
			Straße und Hausnummer	ja		
			c/o	nein		
			PLZ	ja		
			Ort	ja		
			Land	ja		
			Telefon	ja		
			eMail	ja		
			Handy	nein		
			Geburtsdatum	nein		Wird für das Kontaktpflegemodul benötigt
			Staatsangehörigkeit	ja		Wird für die Prüfung benötigt, ob besondere Einstellungsbedingungen beachtet werden müssen.
			Schule, Ausbildung, Beruf	Schulabschluss		ja
		Erfassungsmöglichkeit sonstiger Schulabschluss		nein		
		Studium	Studium (Kategorie)	nein		
			Erfassungsmöglichkeit Studium (Richtung)	nein		
			Erfassungsmöglichkeit Studiumabschluss als	nein		
			Studium (Hochschulart)	nein		
			Abgeschlossenes Studium	nein		
			Datum Studiumabschluss	nein		
			Anzahl Semester	nein		
		Allgemeine Informationen (Studium)	nein			
		Weitere Kenntnisse/Angaben	Wie haben Sie uns gefunden?	ja	Wird für statistische Angaben benötigt. Es wird geprüft, über welchen Medienkanal die Bewerber auf die IKK Nord aufmerksam werden. Zeitgleich dient die Abfrage der Prüfung, ob ein Medienkanal evtl. weiter ausgebaut/gefördert werden muss.	
			Wunschbeschäftigungsort	ja	Wird benötigt, damit der Bewerber alle Standorte, an denen er grds. an einer Beschäftigung interessiert wäre, auswählen kann. Anschließend prüft die IKK Nord ob eine Beschäftigung an den Standorten grds. Möglich wäre.	
			PC-Kenntnisse	nein	Wird für die Prüfung benötigt, ob der Bewerber das Anforderungsprofil erfüllt.	
			Führerschein Klasse B	nein	Wird bei Stellen, die eine Hohe Reisetätigkeit erfordern, benötigt (z. B. Kundenberater im Außendienst)	
Initiativbewerbung Zusätze	https://ikk-nord-portal.rexx-recruitment.com/stellenangebot.html?yid=83	Stammdaten	frühestes Eintrittsdatum	ja	Wird für die Prüfung des frühestmöglichen Eintrittstermin bei Einstellung benötigt.	

		Schule, Ausbildung, Beruf	Berufsausbildung	ja	Wird für die Prüfung benötigt, ob der Bewerber das Anforderungsprofil erfüllt.
			Erfassungsmöglichkeit Freitext Berufsausbildung	nein	
			Berufsausbildung (Richtung)	ja	
			Ausbildungsbetrieb	nein	
			Datum Abschluss Ausbildung	nein	
			Allgemeine Informationen (Berufsausbildung)	nein	
		Berufserfahrung	Berufserfahrung	nein	
			letzter Arbeitgeber	nein	
			vorletzter Arbeitgeber	nein	
			weitere Berufserfahrung 1	nein	
			weitere Berufserfahrung 2	nein	
			Gehaltswunsch (brutto) p.a.	ja	Wird benötigt um einen Überblick über die Gehaltsvorstellungen des Bewerbers zu erhalten.
Bewerbung aufgrund einer Stellenausschreibung Zusätze	https://www.ikk-nord.de/i/karriere/stellenangebote/	Stammdaten	frühestes Eintrittsdatum	ja	Wird für die Prüfung des frühestmöglichen Eintrittstermin bei Einstellung benötigt.
		Schule, Ausbildung, Beruf	Berufsausbildung	ja	Wird für die Prüfung benötigt, ob der Bewerber das Anforderungsprofil erfüllt.
			Erfassungsmöglichkeit Freitext Berufsausbildung	nein	
			Berufsausbildung (Richtung)	ja	
			Ausbildungsbetrieb	nein	
			Datum Abschluss Ausbildung	nein	
			Allgemeine Informationen (Berufsausbildung)	nein	
		Berufserfahrung	Berufserfahrung	nein	
			letzter Arbeitgeber	nein	
			vorletzter Arbeitgeber	nein	
			weitere Berufserfahrung 1	nein	
			weitere Berufserfahrung 2	nein	
		Weitere Kenntnisse/Angaben	Gehaltswunsch (brutto) p.a.	ja	Wird benötigt um einen Überblick über die Gehaltsvorstellungen des Bewerbers zu erhalten.
Auszubildendenbewerbung Zusätze	https://www.ikk-nord.de/i/karriere/stellenangebote/	Schule, Ausbildung, Beruf	letzte Zeugnisnote Deutsch	ja	Wird für die Prüfung benötigt, ob der Bewerber das Anforderungsprofil erfüllt.
			letzte Zeugnisnote Mathe	ja	
			Berufsausbildung	nein	
			Erfassungsmöglichkeit Freitext Berufsausbildung	nein	
			Berufsausbildung (Richtung)	nein	
			Allgemeine Informationen (Berufsausbildung)	nein	
		Berufserfahrung	letzter Arbeitgeber	nein	
			vorletzter Arbeitgeber	nein	
		Weitere Kenntnisse/Angaben	Praktika	nein	Wird benötigt um zu erfahren, welche Bereiche/Unternehmen der Bewerber bereits kennengelernt hat.
Pflichtpraktikum Zusätze	https://ikk-nord-portal.rexx-recruitment.com/stellenangebot.html?yid=740	Angaben zum Praktikum	Praktikumszeitraum	nein	Der Praktikumszeitraum wird für die Abstimmungen mit den Fachbereichen benötigt.
			Aktuelle Position	ja	Wird für die Prüfung benötigt, ob das gewünschte Praktikum Mindestlohnfrei oder -pflichtig ist.
			aktueller Berufswunsch/Studiengang/Fo rtbildung	ja	
			Pflichtpraktikum auf Grundlage der...	ja	
		Schule, Ausbildung, Beruf	Berufsausbildung	ja	
			Erfassungsmöglichkeit Freitext Berufsausbildung	nein	
			Berufsausbildung (Richtung)	ja	
			Ausbildungsbetrieb	nein	
			Datum Abschluss Ausbildung	nein	
			Allgemeine Informationen (Berufsausbildung)	nein	
		Berufserfahrung	Praktika	nein	
			Berufserfahrung	nein	
			letzter Arbeitgeber	nein	

			vorletzter Arbeitgeber	nein	
			weitere Berufserfahrung 1	nein	
			weitere Berufserfahrung 2	nein	
Freiwilliges Praktikum Zusätze	https://ikk-nord-portal.rexx-recruitment.com/stellenangebot.html?yid=741	Angaben zum Praktikum	Praktikumszeitraum	nein	Der Praktikumszeitraum wird für die Abstimmungen mit den Fachbereichen benötigt.
			Aktuelle Position	ja	
		Orientierungspraktikum	aktueller Berufswunsch/Studiengang/Fo rtbildung	ja	
			Abfrage ob das Praktikum zur Orientierung dient	ja	
		Begleitendes Praktikum	Begründung welche Berufsausbildung oder welcher Studiengang anzunehmen beabsichtigt wird	nein	
			Abfrage ob das Praktikum begleitend zu einer Berufs- oder Hochschulausbildung stattfindet	ja	
			Begründung welche Berufsausbildung/welcher Studiengang gewählt wurde und was sich von dem Praktikum versprochen wird	nein	
			Abfrage welchen inhaltlichen Bezug der Bewerber zu seiner Ausbildung/seinem Studium sieht	nein	
		Einstiegsqualifizierung	Abfrage ob bereits in der Vergangenheit ein Praktikum bei der IKK Nord (od. Rechtsvorgängerin) absolviert wurde	ja	
			Abfrage ob es sich nach einer Einstiegsqualifizierung nach § 54a SGB handelt	ja	
		Schule, Ausbildung, Beruf	Berufsausbildung	ja	
			Berufsausbildung (Bezeichnung)	nein	
			Berufsausbildung (Richtung)	ja	
			Ausbildungsbetrieb	ja	
			Datum Abschluss Ausbildung	nein	
			Allgemeine Informationen (Berufsausbildung)	nein	
		Berufserfahrung	Praktika	nein	
			Berufserfahrung	nein	
			letzter Arbeitgeber	nein	
			vorletzter Arbeitgeber	nein	
weitere Berufserfahrung 1	nein				
weitere Berufserfahrung 2	nein				
Formular Löschung Daten / Widerspruch Datenspeicherung	https://www.ikk-nord.de/i/impressum/datenschutzerklaerung/	Identifikationsdaten	Nachname, Vorname	ja	Zur Identifikation der Daten nötige Angaben.
			Adresse	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Weitere Informationen	ja	
Formular Ausbildung	https://www.ikk-nord.de/i/karriere/ausbildung/kontakt-ausbilder-team/	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname Name	ja	
			E-Mail-Adresse	ja	
			Telefon-Nummer	ja	
			Bevorzugte Kotaktart	nein	
		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.
		Formular Löschung Daten / Widerspruch Datenspeicherung	https://www.ikk-nord.de/i/impressum/datenschutzerklaerung/	Identifikationsdaten	Nachname, Vorname
E-Mail-Adresse	ja				
Weitere Informationen	ja				