

Antrag auf Finanzierung und Abschlagszahlung im Rahmen der Erstattung der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur (TI)

Antrag bitte senden an

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Praxisstempel

Ich beantrage hiermit eine Abschlagszahlung für die Erstattung der für die unten bezeichnete Betriebsstätte zustehenden Pauschalen gemäß TI-Finanzierungsvereinbarung vom 14. Dezember 2017.

Die Höhe der Ihnen zustehenden Pauschalen wird auf Grundlage Ihres Antrages von der KV Niedersachsen berechnet und Ihnen in einem separaten Bescheid mitgeteilt.

Abschlagszahlung für Konnektor, stationäres Kartenterminal und Installationspauschale

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

BSNR _ _ _ _ _	Erster Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) erfolgte am ¹⁾ _ . _ . _ . 20 _ _
Praxisbezeichnung	

¹⁾ Betriebsstätten mit ausschließlich Laborärzten (Fachgruppe 25, 26, 27), Pathologen (FG 47, 48), Gynäkologen mit Zytologie-Auftrag (FG 12), Mikrobiologen (FG 28) sowie Anästhesisten (FG 01), die ausschließlich Tätigkeitsorte außerhalb des Vertragsarztsitzes aufsuchen, tragen bitte das Datum der Installation der TI-Komponenten ein.

HINWEIS:

Die Zahlung der Erstattungspauschale für die notwendigen TI-Komponenten erfolgt **vorläufig auf Basis der im Antrag angegebenen Daten**, um der Praxis eine zeitnahe Erstattung der Kosten zu ermöglichen. Die endgültige Höhe der Erstattung wird mittels Bescheid festgestellt. Die Bescheidung erfolgt in dem Quartal, welches auf das Quartal folgt, indem die erstmalige Nutzung der Telematikinfrastruktur angewendet wurde. Die KVN behält sich deshalb ausdrücklich vor, eine etwaige zu hohe gezahlte Pauschale teilweise oder ganz **zurückzufordern**. Soweit ein weitergehender Anspruch festgestellt wird, erfolgt eine Auszahlung der Erstattungspauschale unter Anrechnung der bereits gezahlten Summe.

Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)

LANR (wenn vorhanden)	E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)
Titel, Name, Vorname	
Hiermit bestätige ich, dass alle oben eingetragenen Daten vollständig und korrekt sind. Ich versichere hiermit für die oben genannte Praxis/BAG vertretungsbefugt zu sein. Ich habe die Ausstattung für die Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V installiert und in Betrieb genommen. Der erste VSDM-Abgleich wurde erfolgreich durchgeführt und ich verpflichte mich, im Rahmen der Quartalsabrechnung die VSDM-Nachweise mitzuliefern.	
Datum	Unterschrift der verantwortlichen Person