

Antrag auf Erstattung der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur ohne Möglichkeit des Versichertenstammdatenabgleichs

Antrag bitte senden an

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Bezirksstelle

Praxisstempel

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Betriebsstättennummer (BSNR) _ _ _ _ _	Datum der Inbetriebnahme bzw. Installation der TI-Komponenten _ _ . _ _ . 20 _ _
Praxisbezeichnung	

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir zustehenden Pauschalen für Erstausrüstung und Betriebskosten gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung vom 14. Dezember 2017 in der aktuell gültigen Fassung.

Ich erkläre, dass ich aufgrund meiner spezifischen ärztlichen Tätigkeit keine Möglichkeit habe, den Versichertenstammdatenabgleich durchzuführen.

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.	
Datum	Unterschrift der verantwortlichen Person