

Antragsformular
Erstattungspauschale für das Update eHealth-Konnektor auf ePA-Konnektor

per **Fax** an: 0391/6293-235 oder

Per **E-Mail** an: ti@kzv-lsa.de (als eingescanntes Dokument)

Oder postalisch an:

KZV Sachsen-Anhalt
Telematik
Doctor-Eisenbart-Ring 1
39120 Magdeburg

Absender:

Zahnarztstempel

Name:

Abrechnungsnummer:

Praxisstandort:

Bitte Anzahl der Konnektor(en) – Update(s) eintragen:

..... **x Update(s)** für die Aufrüstung zum ePA-Konnektor gem. § 2 Abs.2 GFinV

Installationsdatum des Updates

Refinanzierung 400 €

..... Zusätzliches stationäres eHealth-Kartenterminal (optional) gem. § 2 Abs. 2 GFinV

Refinanzierung 595 €

Bitte reichen Sie eine Kopie der Rechnung Ihres Anbieters mit ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber 1

.....
Unterschrift Praxisinhaber 2

Hinweis:
Bei Gemeinschaftspraxen
haben alle zugelassenen
Vertragszahnärzte die
Gesellschafter sind, zu
unterzeichnen.

.....
Unterschrift Praxisinhaber 3

.....
Unterschrift Praxisinhaber 4