

Erklärung zum Nachweis der Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI)

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:

TI-Komponente

Bitte Anzahl eintragen:

..... x Konnektor(en)

..... x Stationäres e-Health-Kartenterminal inkl. gSMC-KT gem. § 2 Abs. 2GFinV

Bestelldatum SMC-B-Karte (Praxisausweis):

Bestelldatum TI-Komponente:

Die Dienste und Komponenten wurden am zum ersten Mal in Betrieb genommen (erster Versichertenstammdatenabgleich in der Praxis).

Noch nicht erstattete Heilberufsausweise:

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

Für die Richtigkeit der Angaben zeichnen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Praxisinhaber 1

.....
Unterschrift Praxisinhaber 2

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

.....
Unterschrift Praxisinhaber 3

.....
Unterschrift Praxisinhaber 4