

# Antragsformular Erstattungspauschalen für mobile Kartenleser

per **Fax** an: 0391/6293 293 oder  
per **E-Mail** an [petra.schumann@kzv-lsa.de](mailto:petra.schumann@kzv-lsa.de) (als eingescanntes Dokument)  
oder postalisch an:

Absender:

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Abt. Finanzen  
Doctor-Eisenbart-Ring 1  
39120 Magdeburg

Zahnarztstempel
-----------------

**Name:** .....

**Abrechnungsnummer:** .....

**Praxisstandort:** .....

**Anzahl der mobilen Kartenterminals:** ..... x

**Voraussetzung:**

Entsprechend der Grundsatzfinanzierungsvereinbarung (GFinV §2 Abs. 3) zur TI wird eine Pauschale für ein mobiles Kartenterminal und eine weitere SMC-B gewährt, wenn die Praxis gegenüber der KZV entweder mindestens 30 Besuchsfälle im Vorjahr oder im aktuellen Jahr oder den Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß § 119b Abs. 1 SGB V nachweist, welcher den Anforderungen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht.

In Ausweitung der Regelung gemäß § 2 Abs. 3 GFinV erhalten Praxen zwei mobile Kartenterminals je Standort, wenn an diesem Standort mindestens zwei Zahnärzte tätig sind, bzw. drei mobile Kartenterminals je Standort, wenn an diesem Standort mehr als zwei Zahnärzte tätig sind, finanziert, wenn entweder 100 bzw. 200 Besuchsfälle im Vorjahr/aktuellem Jahr nachgewiesen worden sind oder der Abschluss von mindestens drei bzw. fünf Kooperationsverträgen gem. § 119b Abs. 1 SGB V belegt worden ist.

Anzahl am Standort tätige Zahnärzte <sup>1</sup>	Besuchsfälle im Vorjahr/aktuellem Kalenderjahr <sup>2</sup> oder Kooperationsvertrag gem. § 119b Abs. 1 SGB V	Anspruch auf Erstattung der Pauschale für
beliebig	mindestens 30 Besuchsfälle	1 mobiles Kartenterminal
beliebig	mindestens 1 Kooperationsvertrag	1 mobiles Kartenterminal
mindestens 2	mindestens 100 Besuchsfälle	2 mobile Kartenterminals
mindestens 2	mindestens 3 Kooperationsverträge	2 mobile Kartenterminals
ab 3	mindestens 200 Besuchsfälle	3 mobile Kartenterminals
ab 3	mindestens 5 Kooperationsverträge	3 mobile Kartenterminals

<sup>1</sup> Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte, die zur Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen berechtigt sind.

<sup>2</sup> Die Besuchsfälle müssen im jeweiligen Kalenderjahr erfolgt sein. Der Erstattungsanspruch besteht nicht, wenn die Anzahl der Besuchsfälle lediglich bezogen auf die zurückliegenden vier Quartale zutrifft.

.....  
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