

Erklärung zum Nachweis der Anbindung an die Telematikinfrastuktur

per Fax an: 0391/6293 293 oder

per E-Mail an petra.schumann@kzv-lsa.de (als eingescanntes Dokument)

oder postalisch an:

Absender:

Zahnarztstempel

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

Name:

Abrechnungsnummer:

Praxisstandort:

Komponenten und Dienste:

Ich bestätige, dass die für die Anbindung meiner Praxis an die Telematikinfrastuktur im Gesundheitswesen notwendigen Komponenten und Dienste (Konnektor, e-Health-Kartenterminal, Praxisausweis und VPN-Zugangsdienst) vorliegen und installiert wurden.

Angeschaffte Heilberufsausweise und Namen der Zahnärzte:

Bitte geben Sie die Namen der Zahnärzte (einschließlich angestellte ZÄ) an Ihrem Praxisstandort an, die sich einen elektronischen Heilberufsausweis zugelegt haben.

.....
Name, Vorname Name, Vorname Name, Vorname

.....
Name, Vorname Name, Vorname Name, Vorname

.....
Name, Vorname Name, Vorname Name, Vorname

Installierte Geräte (Bitte Anzahl eintragen!):

..... x Konnektor(en)

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

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

.....
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