

Antrag auf Erstattung der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur

Antrag bitte senden an

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Hauptstelle, IT-Hotline
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Fax: 0211 / 5970-9500
E-Mail: Online-Rollout@kvno.de

Praxisstempel

Ich beantrage hiermit die Erstattung die für die unten bezeichnete (Neben-)Betriebsstätte zustehenden Pauschalen gemäß TI-Finanzierungsvereinbarung¹ vom 9. Juni 2017.

Betriebsstätte (separate Anträge je BSNR und NBSNR)

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

| | | |
|--|--|----------|
| (N)BSNR : _____ 00 | Anzahl der Ärzte oder Psychotherapeuten Hier bitte Tätigkeitsumfang /Anrechnungsfaktor gemäß Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (0,25/0,5/0,75/1) für jeden Behandler aufsummieren (kumuliertes Vollzeitäquivalent, z.B. 1,5). | __'__ |
| Erster Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) erfolgte am | | ___.20__ |

Komponenten, für die Pauschalen beantragt werden:

Anzahl

| |
|---|
| Konnektor inkl. VPN-Zugangsdienst Genehmigte ausgelagerte Praxisstätten benötigen keinen Konnektor. |
|---|

Anzahl

| |
|--|
| Stationäres Kartenterminal inkl. zugehöriger SMC-B (Praxisausweis) Die Höhe der Pauschalen ist gestaffelt: 1 stationäres Kartenterminal (KT) für ≤ 3 Ärzte oder Psychotherapeuten, 2 KT für >3 bis ≤ 6 Ärzte oder Psychotherapeuten, 3 KT für > 6 Ärzte oder Psychotherapeuten. (Gemäß des oben genannten kumulierten Vollzeitäquivalents) |
|--|

Anzahl

| |
|--|
| Mobiles Kartenterminal inkl. zugehöriger SMC-B (Praxisausweis) Anspruch auf Pauschalen je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung, der mindestens 3 Haus- oder Heimbefuche im Quartal durchführt. Anspruch je ausgelagerter Praxisstätte (ohne eigenen Konnektor), die bei der KV Nordrhein angezeigt ist. |
|--|

Anzahl

| |
|--|
| HBA Smartcard (Arzttausweis) HBA wird z.B. zur qualifizierten elektronischen Signatur bei einem elektronischen Arztbrief benötigt. |
|--|

Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)

| | |
|--|--|
| LANR (wenn vorhanden) | E-Mail-Adresse |
| Titel, Name, Vorname | |
| Hiermit bestätige ich, dass alle oben eingetragenen Daten vollständig und korrekt sind. Ich habe die Ausstattung für die Telematikinfrastruktur nach §291a SGB V installiert und in Betrieb genommen. Der erste VSDM wurde erfolgreich durchgeführt. | |
| Datum | Unterschrift der verantwortlichen Person |

¹ TI-Finanzierungsvereinbarung = „Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V“.
vgl.: http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_32_TI_Vereinbarung.pdf