

# Antragsformular

## Erstattungspauschale für die Implementierung der Module ins PVS

per **Fax** an: 0391/6293-235 oder per **E-Mail** an: [ti@kzv-lsa.de](mailto: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:** .....

### Fachmodule für das PVS (Praxisverwaltungssystem)

- NFDM / eMP (Notfalldatenmanagement / elektr. Medikationsplan)
- ePA (elektronische Patientenakte)
- ePA 2.0 (elektronische Patientenakte Stufe 2.0)
- eRezept (elektronisches Rezept)
- KIM Bereitstellung des KIM Clients und die Anbindung an den KIM-Fachdienst je Standort

---

KIM-Adressen ( Pauschale 16 € - Betriebskosten monatlich)

**Bitte reichen Sie eine Kopie der Rechnung(en) 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