

**Antragsformular**  
**Erstattungspauschale für das Update eHealth-Konnektor auf ePA-Konnektor**

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:** .....

**Bitte Anzahl der Konnektor(en) – Update(s) eintragen:**

..... **x Update(s)** für die Aufrüstung zum ePA-Konnektor gem. § 2 Abs.2 GFinV

**Installationsdatum** des Updates .....

..... **Zusätzliches stationäres eHealth-Kartenterminal** (optional) gem. § 2 Abs. 2 GFinV

**Bitte reichen Sie eine Kopie der Rechnung Ihres Anbieters 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