

# Erklärung über die verbindliche Bestellung der TI-Komponenten

## Rücksendung bitte an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
40182 Düsseldorf  
oder  
Fax: 0211 5970 33126  
oder  
E-Mail: [TI-Antrag.duesseldorf@kvno.de](mailto:TI-Antrag.duesseldorf@kvno.de)

Hiermit erkläre ich unter Bezugnahme auf die gesetzliche Regelung in § 291 Absatz 2b, Satz 16 SGB V, dass ich die zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur benötigten Komponenten bestellt habe und dies vertraglich vereinbart ist.

Diese Erklärung gilt für folgende Betriebsstätten:

BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0
(N)BSNR :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	0

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel  
(Praxisinhaber/in, mindestens ein/e BAG-Partner/in oder ärztliche/r Leiter/in)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben  
(Praxisinhaber/in, mindestens ein/e BAG-Partner/in oder ärztliche/r Leiter/in)