



Antrag auf Erstattung der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur

Antrag bitte senden an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle Düsseldorf
 Arztregister
 Tersteegenstraße 9
 40474 Düsseldorf
 Fax: 0211/ 5970-33126
 E-Mail: TI-Antrag.duesseldorf@kvno.de

Bezirksstelle Köln
 Telematik
 Sedanstraße 10-16
 50668 Köln
 0211/5970-33132
telematik.koeln@kvno.de

Praxisstempel

Ich beantrage hiermit die Erstattung der mir maximal zustehenden Pauschalen (Erstausstattungs- und Betriebskostenpauschalen) gemäß der TI-Finanzierungsvereinbarung¹ vom 14. Dezember 2017 in der aktuell gültigen Fassung.

Bitte führen Sie auf, für welche Betriebsstätten die Erstausstattungs- und Betriebskostenpauschalen beantragt werden:

		Erster Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) ist bereits erfolgt am: Der Nachweis über den Anspruch wird durch mindestens einen Behandlungsfall mit Versichertenstammdatenabgleich in der Abrechnung erbracht.	Erster Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) ist <u>noch nicht</u> erfolgt. Die erfolgreiche Inbetriebnahme der TI-Komponenten erfolgte am: Ich habe aufgrund meiner spezifischen ärztlichen Tätigkeit keine Möglichkeit den Versichertenstammdatenabgleich durchzuführen (z.B. Laborärzte).
BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __
(N)BSNR :	00	__ . __ .20 __	__ . __ .20 __

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 Absatz 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung nutzungsbezogener Zuschläge gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V“. vgl.: http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_32_TI_Vereinbarung.pdf

Für folgende Komponenten werden Pauschalen beantragt:

Konnektor inkl. VPN-Zugangsdienst und Praxisausweis (SMC-B)

(wird automatisch ermittelt)

Stationäres Kartenterminal

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 ermittelt aus ihrem kumulierten Vollzeitäquivalent. (wird automatisch ermittelt)

Mobiles Kartenterminal inkl. zugehörigem Praxisausweis (SMC-B)

- 1) Ein Anspruch der Praxis auf ein mobiles Kartenterminal besteht je ausgelagerter Praxisstätte. (wird automatisch ermittelt)
- 2) Darüber hinaus besteht ein Anspruch je Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut, der mindestens **mit halber Zulassung (0,5)** tätig ist, der entweder
 - a) am Pflegeheimvertrag teilnimmt (wird automatisch ermittelt), oder
 - b) mindestens **drei Besuche** nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721 und 05230 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im aktuellen Quartal oder Vorquartal abgerechnet hat.
Bitte bestätigen Sie uns wieviele Ärzte mit mindestens hälftigem Tätigkeitsumfang mindestens **drei Besuche** durchgeführt haben (da Ihre aktuellen Abrechnungsdaten noch nicht vorliegen kann keine automatische Ermittlung erfolgen):

Anzahl Ärzte: _____

Name/LANR:

Heilberufsausweis (HBA-Smartcard)

Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)

LANR	E-Mail-Adresse
Titel, Name, Vorname	
<p>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. Ich verpflichte mich, der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn die installierten TI-Komponenten dauerhaft außer Betrieb genommen wurden und damit meine Betriebsstätte nicht mehr an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist Der erste VSDM wurde erfolgreich durchgeführt (gilt nicht für Praxen denen aufgrund der spezifischen ärztlichen Tätigkeit kein VSDM Abgleich möglich ist).</p>	
Datum	Unterschrift der verantwortlichen Person