

Anlage 1: Meldebogen elektronische Abrechnung und Blankoformularverfahren

Bitte per Fax an: 03 85 / 74 31 453

BSNR:					
7	8				0 0
Beginn der EDV-Benutzung:					
Quartal	/	Jahr			
	/	2	0		
Angaben zur Praxissoftware:					
Name der Praxissoftware:					
KBV-Prüfnummer (Version):					
Typenbezeichnung der Drucker:					

Praxisstempel/Unterschrift

Datum: _____

Informationen zum KV-SafeNet und den zertifizierten Anbietern finden Sie im Internet unter:

<http://www.kbv.de/24874.html>

Elektronische Abrechnung	
<p>Mir ist bekannt, dass die Abgabe meiner Abrechnung per KV-SafeNet zu erfolgen hat. (Optional kann ebenfalls die Abgabe weiterer Abrechnungsdaten wie z.B. eDMP, eHKS, Koloskopie oder Dialyse per KV-SafeNet erfolgen)</p>	
<input type="checkbox"/>	Ich wünsche das Einrichten eines Archives im KV-SafeNet
<p>Hier werden alle Abrechnungsunterlagen ab dem ersten Quartal 2006 und weitere Dokumente und Informationen zur Verfügung gestellt. Dieser Bereich ist mit einem separaten Passwort geschützt.</p>	
<p>Alle benötigten Zugangsdaten senden Sie bitte an meine:</p>	
<input type="checkbox"/>	Praxisanschrift
<input type="checkbox"/>	Postanschrift

Blankoformularverfahren	
<p>Papierbedarf pro Quartal: (freilassen wenn nicht beantragt)</p>	
Anzahl A4 Blatt pro Quartal:	
Anzahl A5 Blatt pro Quartal:	
<ul style="list-style-type: none"> • Gemäß den Angaben beantrage ich die Genehmigung zur Durchführung der Blankoformularbedruckung. • Die Bestimmungen lt. Bundesmantelvertrag werde ich einhalten. • Einen Wechsel der Praxissoftware werde ich unverzüglich der KV mitteilen 	
Hinweis:	
<p>Die Genehmigung wird schriftlich erteilt, wenn die Voraussetzungen formal erfüllt sind und innerhalb von 14 Tagen keine Rücknahme erfolgt. Sie kann widerrufen werden, wenn sich herausstellt, dass gesetzliche Bestimmungen oder die Qualitätsanforderungen nicht eingehalten werden.</p>	

**Anlage 2: KV-SafeNet-Änderungsmeldung –
Nur auszufüllen bei Mitbenutzung oder Übernahme eines KV-SafeNet-Anschlusses**

Bitte per Fax an: 03 85 / 74 31 66 257

Anschlussinhaber									
Herr/Frau									
Strasse u. Hausnummer									
PLZ Ort:									
BSNR:									
7	8							0	0
Angaben zum KV-SafeNet-Anschluss:									
Providername KV-SafeNet:									
genutzter Mehrwertdienst:									
KV-SafeNet-Anschlussvariante:									
<input type="checkbox"/> DSL					<input type="checkbox"/> ISDN				
<p>Ich bin mir über die Gefahren für mein Praxissystem durch das Einspielen fremder Datenträger bei Mitbenutzung meines Anschlusses von Kollegen bewusst.</p>									
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Praxisstempel/Unterschrift </div>									
Datum: _____									

Gemeldet wird die

Mitbenutzung Übernahme

zum: ____ . ____ . 20 ____

Mitbenutzer / Übernehmender									
Herr/Frau									
Strasse u. Hausnummer									
PLZ Ort:									
BSNR:									
7	8							0	0
<p><input type="checkbox"/> Ich wünsche das Einrichten eines Archivs im KV-SafeNet</p> <p>Hier werden alle Abrechnungsunterlagen ab dem ersten Quartal 2006 sowie weitere Dokumente und Informationen zur Verfügung gestellt. Dieser Bereich ist mit einem separaten Passwort geschützt.</p>									
<p>Alle benötigten Zugangsdaten senden Sie bitte an meine:</p>									
<input type="checkbox"/> Praxisanschrift					<input type="checkbox"/> Postanschrift				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Praxisstempel/Unterschrift </div>									
Datum: _____									

Anlage 3: KV-SafeNet-Änderungsmeldung – Neues Passwort, Neuer Mehrwertdienst oder Providerwechsel

Bitte per Fax an: 03 85 / 74 31 66 257

BSNR:										
<table border="1"><tr><td>7</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	7	8							0	0
7	8							0	0	
<input type="checkbox"/> Neues Passwort <input type="checkbox"/> Neuer Mehrwertdienst <input type="checkbox"/> Providerwechsel										
Anschlussinhaber										
Herr/Frau										
Strasse u. Hausnummer										
PLZ Ort:										
Telefonnummer für ev. Rückfragen der KVMV										
Angaben zum KV-SafeNet-Anschluss:										
bisheriger KV-SafeNet-Provider:										
neuer KV-SafeNet-Provider (nur bei Providerwechsel auszufüllen):										
genutzter Mehrwertdienst:										
KV-SafeNet-Anschlussvariante: <input type="checkbox"/> DSL <input type="checkbox"/> ISDN										
Achtung: Die Zugangsdaten zum KV-SafeNet ändern sich nicht durch einen Providerwechsel.										

Gewünscht wird die sofortige Änderung des Passwortes für
<input type="checkbox"/> BSNR-Anmeldung (KVMV RDP-Passwort) <input type="checkbox"/> Zugriff Archivsystem
Bemerkungen:
Die sofortige Änderung des Passwortes bewirkt, dass Sie sich mit dem alten Passwort nicht mehr anmelden können. Dazu müssen Sie die Zusendung der neuen Zugangsdaten abwarten.
<input type="checkbox"/> Gewünscht wird die Zusendung der Installations –CD
Alle benötigten Zugangsdaten bzw. die Installations-CD senden Sie bitte an meine:
<input type="checkbox"/> Praxisanschrift <input type="checkbox"/> Postanschrift
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Praxisstempel/Unterschrift
Datum:

Anlage 4: KV-SafeNet-Änderungsmeldung – BSNR-Wechsel oder Zulassungsende

Bitte per Fax an: 03 85 / 74 31 66 257

bisherige BSNR:

7	8							0	0
---	---	--	--	--	--	--	--	---	---

BSNR-Wechsel:

neue BSNR:

7	8							0	0
---	---	--	--	--	--	--	--	---	---

Ich wünsche das Einrichten eines Archivs im KV-SafeNet

Hier werden alle Abrechnungsunterlagen ab dem ersten Quartal 2006 sowie weitere Dokumente und Informationen zur Verfügung gestellt. Dieser Bereich ist mit einem separaten Passwort geschützt.

Alle benötigten Zugangsdaten senden Sie bitte an meine:

Praxisanschrift Postanschrift

Zulassungsende zum:

		.		.	2	0			
--	--	---	--	---	---	---	--	--	--

KV-SafeNet Provider gekündigt zum:

		.		.	2	0			
--	--	---	--	---	---	---	--	--	--

Löschung der Zugangs- und Archivdaten der bisherigen BSNR zum:

		.		.	2	0			
--	--	---	--	---	---	---	--	--	--

Zusendung der Archivdaten auf CD gewünscht:

JA NEIN

Anschrift für die Zusendung der Archivdaten

z. Hd. Herr/Frau
Strasse u. Hausnummer
PLZ Ort:

Praxisstempel/Unterschrift

Datum: