

## **Antragsformular Erstattungspauschalen für Komponenten - Austausch**

per **Fax** an: 0391/6293-235 oder

Per **E-Mail** an: [ti@kzv-isa.de](mailto:ti@kzv-isa.de) (als eingescanntes Dokument)

Oder postalisch an:

KZV Sachsen-Anhalt  
Telematik  
Doctor-Eisenbart-Ring 1  
39120 Magdeburg

Absender:

Zahnarztstempel

**Name:** .....

**Abrechnungsnummer:** .....

**Praxisstandort:** .....

**Austausch Konnektor:**                   **Anzahl: .....**  
**Refinanzierung 2.300,00 €**

**Austausch weiterer gSMC-KT(Smartcard):**   **Anzahl stationärer Lesegeräte: .....**  
**Refinanzierung 100,00 €**

**Austausch SMC-B (Praxisausweis):**       **Anzahl: .....**  
**Refinanzierung 465,00 €**

**Austausch eHBA (Zahnarztausweis):**      **Anzahl: .....**  
**Refinanzierung 233,00 €**

**Bitte reichen Sie eine Kopie der Rechnungen 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