

**Antrag auf Kostenerstattung für den Ersatz der  
Komponenten der Telematikinfrastruktur  
gem. § 6 Abs. 9 der TI-Finanzierungsvereinbarung  
(Anlage 32 BMV-Ä)**

Kann eine dezentrale Komponente der Telematikinfrastruktur nach § 6 Abs. 9 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) – insbesondere der Konnektor oder ein stationäres Kartenterminal – nicht weiter genutzt werden, **kann** die Vertragsarztpraxis auf Antrag gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Kostenerstattung für den Ersatz der Komponente gemäß den Regelungen der Anlagen 2, 5, 10 und 11 für eine Ersatzbeschaffung erhalten.

Hiermit beantrage ich die Erstattung für folgende defekte Komponenten der Telematikinfrastruktur meiner Praxis:

<input type="checkbox"/> <b>TI-Konnektor, mit den Upgrades*</b>			
<input type="checkbox"/> PTV-3 <input type="checkbox"/> PTV-4 <input type="checkbox"/> PTV-5	Anzahl _____	Austauschdatum: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Stationäres Kartenterminal</b>	Anzahl _____	Austauschdatum: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Mobiles Kartenterminal</b>	Anzahl _____	Austauschdatum: _____	

*\*Bitte zutreffendes ankreuzen*

**Vorausgesetzt das KV-Budget für defekte TI-Komponenten ist noch nicht aufgebraucht, kann die Erstattung nach den in den Anlagen 2, 5, 10 und 11 der TI-Finanzierungsvereinbarung (Anlage 32 BMV-Ä) festgelegten Pauschalen erfolgen.**

Hiermit versichere ich, dass ich keine anderweitige Kostenerstattung zur Finanzierung der defekten TI-Komponenten, z.B. von Seiten des Herstellers oder einer Versicherung erhalten habe.

Eine Bestätigung des Praxisverwaltungsanbieters / des Dienstleisters vor Ort (DVO), dass nach Prüfung der Austausch der defekten Komponenten alternativlos ist und keine Möglichkeit der Reparatur besteht sowie eine Rechnungskopie über die Ersatzbeschaffung füge ich diesem Antrag bei.<sup>1</sup>

**Verantwortliche Person (Vertragsarzt, Psychotherapeut, Leiter der Einrichtung)**

BSNR bzw. Nebenbetriebsstätten-Nr.*	LANR
Titel, Name, Vorname	
Hiermit bestätige ich, dass alle oben eingetragenen Daten vollständig und korrekt sind	
Datum: _____	Unterschrift: _____
Praxisstempel: _____	

*\*Bitte für jede BSNR/NBSNR ein eigenes Formular nutzen.*

**Bitte senden Sie das Formular im Original an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Bereich IT/Digitalisierung  
Europaallee 7-9  
66113 Saarbrücken

<sup>1</sup>Dieser Antrag gilt nicht für TI-Komponenten mit abgelaufenen Sicherheitszertifikaten.