

KZV Land Brandenburg
Abteilung EDV
Helene-Lange-Str. 4-5
14469 Potsdam

Meldebogen

über die benötigten Antragsmodule für die Anwendung
„Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren“ (EBZ)
gemäß § 87 Abs. 1 Satz 8 ff. SGB V

Rückmeldung bis spätestens 31.12.2022 an die KZV Land Brandenburg

Name der Zahnarztpraxis*/der Zahnärztin/des Zahnarztes: Abrechnungsnummer:

KIM-Mail-Adresse der Zahnarztpraxis (z. B. praxismueller@praxis.kim.telematik):

Hiermit erkläre ich, dass ich für einen pflichtgemäßen Gebrauch des EBZ folgende Antragsmodule für mein Praxisverwaltungssystem benötige:

- Bitte ankreuzen -

- BEMA-Teil 5 (Zahnersatz)
- BEMA-Teil 3 (Kieferorthopädie)
- BEMA-Teil 4 (Parodontologie**)
- BEMA-Teil 2 (Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch)
- Keine (Begründung angeben)

Mir ist bekannt, dass ein Versäumen der genannten Rückmeldefrist den Verlust etwaiger Ansprüche auf Zuschüsse zur Finanzierung der oben genannten PVS-Module zur Folge hat.

Datum:

Unterschrift: _____

*Offizielle Bezeichnung der Praxis, die im Rahmen der Abrechnung verwendet wird.

**Noch bis voraussichtlich zum 31.12.2022 im Testverfahren, was ggf. Einfluss auf die Bestellbarkeit haben könnte.