

Fachbereich Telematik  
Telefon 0351 8053-515  
poststelle@kzv-sachsen.kim.telematik  
telematik@kzv-sachsen.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

## Mitteilung zum Nachweis des eHBA und zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI)

### 1. Antragsteller (persönliche Angaben)

Abrechnungsnummer: .....

Titel, Vorname, Name: .....

Praxisanschrift: .....

Telefon: .....

### 2. Nachweis eZahnarztausweis (eHBA)

- eHBA ist **bestellt**
- eHBA ist **aktiviert und freigeschaltet**

**Hinweis:** Ein **Nachweis** der Bestellbestätigung oder eine Rechnung des eHBAs ist in Kopie **vorzulegen**.

### 3. Praxisausstattung für den Zugang zur TI

- TI-**Neuausstattung** der Praxis
- Übernahme** der TI-Komponenten  
(Konnektor, stationäres Kartenterminal, ggf. SMC-B)  
Name des Überlassers .....
- weitere Nutzung **ohne** SMC-B (Praxisausweis)
- weitere Nutzung **inkl.** SMC-B (Praxisausweis)

### Für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen:

- SMC-B über **KV** (Kassenärztliche Vereinigung) beantragt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben korrekt sind und ich den eZahnarztausweis besitze bzw. bestellt habe.

Ort/Datum ..... Unterschrift .....