

# 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

KZV Bremen  
z.Hd. Frau Boehnke  
Fax: 0421 / 2200731  
E-Mail: sboehnke@kzv-bremen.de

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

\_\_\_\_\_

KIM-Mail-Adresse der Zahnarztpraxis (z. B. [praxismueller@praxis.kim.telematik](mailto: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:                      Bremen / Bremerhaven, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Offizielle Bezeichnung der Praxis, die im Rahmen der Abrechnung verwendet wird. Angabe könnte durch Anmeldung im Portal ersetzt werden.

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