

An
KZV Bremen
z.Hd. Frau Boehnke
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Telefax-Nr.: 0421/22007-31

! Rücksendung spätestens bis zum 30.09.2021 !

**Nachweis der Bestellung
der Ausstattung für den Zugriff auf die elektronischen
Patientenakte (ePA) gemäß § 34 I Abs. 6 Satz 2 SGB V**

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir die erforderlichen Komponenten für den Zugriff auf die ePA bis zum 30.06.2021 verbindlich bestellt habe/n.

Praxisstempel

Abrechnungsnummer

_____ Datum

_____ Unterschrift des Praxisinhabers