

Blankoformularbedruckung (BFB) Antrag auf praxisspezifische BFB-Genehmigung (1. Seite)

Von der Praxis ausgefüllt zusammen mit evtl. Test-Ausdrucken an o. a. Adresse schicken

BETRIEBSSTÄTTEN-NR. (BSNR):

PRAXISBEZEICHNUNG (Name der Praxis, Strasse, Haus-Nr., PLZ, Ort) oder ARZTSTEMPEL

Telefon:

/

Fax:

Verwendete SOFTWARE¹

Softwarehersteller / Firma:

Name der
Praxis-EDV:

KBV-Prüfnummer für die
Blankoformularbedruckung:

Verwendete(r) LASER-DRUCKER²

1. Drucker Hersteller:

Typbezeichnung:

2. Drucker Hersteller:

Typbezeichnung:

Ich beantrage die praxisspezifische BFB-Genehmigung für die auf der Seite 2 des Antrages angekreuzten Formulare. Test-Ausdrucke sind für jedes angekreuzte Formular und für jeden verwendeten Laser-Drucker beigelegt.

Ich versichere, dass die beigelegten Test-Ausdrucke mit der o. a. Software und den o. a. Drucker(n) erzeugt wurden. Die Daten zu den Test-Ausdrucken sind frei erfunden.

Mir ist bekannt, dass bei Wechsel der Software eine erneute Genehmigung erforderlich ist, welche durch mich rechtzeitig vor Einsatz in der Praxis bei der KV Sachsen beantragt wird.

Datum:

Unterschrift des für
die Praxis
beantragenden Arztes

¹ Setzen Sie sich wegen der Angaben zur Software im Zweifelsfall mit Ihrem Softwarehersteller in Verbindung.

² Falls Sie mehr als zwei Drucker in der Arztpraxis einsetzen, vermerken Sie dies bitte auf einem zusätzlichen Blatt.

GENEHMIGUNGSVERMERK (wird von KV Sachsen ausgefüllt)

Antrag genehmigt:

ja

nein

siehe Prüfbericht vom: _____

Ab Datum:

Stempel / Unterschrift
KV Sachsen:

BSNR

bitte Betriebsstätten-Nummer eintragen

Liste der Formulare für die Blankoformular-Bedruckung

Bitte Formulare ankreuzen, für die eine Genehmigung beantragt wird.

| | Muster | Formularbezeichnung |
|--------------------------|------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Muster 01 | Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 02 | Verordnung von Krankenhausbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 03 | Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 04 | Verordnung einer Krankenförderung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 06 | Überweisungs-/Abrechnungsschein |
| <input type="checkbox"/> | Muster 07 | Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen |
| <input type="checkbox"/> | Muster 08 | Sehhilfenverordnung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 08A | Verordnung von vergrößernden Sehhilfen |
| <input type="checkbox"/> | Muster 09 | Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten |
| <input type="checkbox"/> | Muster 10 | Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 10A | Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften |
| <input type="checkbox"/> | Muster 11 | Bericht für den Medizinischen Dienst |
| <input type="checkbox"/> | Muster 12 | Verordnung häuslicher Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> | Muster 13 | Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) |
| <input type="checkbox"/> | Muster 14 | Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie) |
| <input type="checkbox"/> | Muster 15 | Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe |
| <input type="checkbox"/> | Muster 17 | Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Krankengeld |
| <input type="checkbox"/> | Muster 18 | Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie) |
| <input type="checkbox"/> | Muster 19 | Abrechnungsschein für ärztlichen Notfalldienst, Urlaub- bzw. Krankheitsvertretung und Notfall |
| <input type="checkbox"/> | Muster 20 | Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben |
| <input type="checkbox"/> | Muster 21 | Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes |
| <input type="checkbox"/> | Muster 22 | Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> | Muster 25 | Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerK. Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 26 | Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 27 | Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 28 | Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie |
| <input type="checkbox"/> | Muster 30 | Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> | Muster 39 | Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen |
| <input type="checkbox"/> | Muster 40 | Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer |
| <input type="checkbox"/> | Muster 41 | Arztanfrage |
| <input type="checkbox"/> | Muster 50 | Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> | Muster 51 | Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers |
| <input type="checkbox"/> | Muster 52 | Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähig |
| <input type="checkbox"/> | Muster 53 | Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten |
| <input type="checkbox"/> | Muster 55 | Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chron. Krankheit gemäß § 62 SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 56 | Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining |
| <input type="checkbox"/> | Muster 60 | Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten |
| <input type="checkbox"/> | Muster 61 | Verordnung von medizinischer Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> | Muster 63 | Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) |
| <input type="checkbox"/> | Muster 70 | Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 70A | Folgebehandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 71 | Erstantrag besondere Arzneimitteltherapie |
| <input type="checkbox"/> | Muster 71A | Weiterverordnung/Folgeantrag besondere Arzneimitteltherapie |
| <input type="checkbox"/> | Muster 80 | Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten |
| <input type="checkbox"/> | Muster 81 | Erklärung des im EU bzw. EWR-Auslands oder der Schweiz versicherten Patienten |
| <input type="checkbox"/> | Muster 99 | Beleg über die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Muster 99A | Beleg über die Zuzahlung im Notfall gemäß § 28 Abs. 4 SGB V |

Quelle KBV: Vordruckvereinbarung Blanko-Formularbedruckung - Stand Juli 2009

Formulare Psychotherapie (kein Barcode und kein Sicherheitspapier erforderlich)

| | | |
|--------------------------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> | PTV 1 | Antrag des Versicherten auf Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> | PTV 2 | Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten |
| <input type="checkbox"/> | PT 3 (K) | Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen |

Quelle KBV: Handbuch Blankoformularbedruckung (PTV) - Stand November 2007