



## Blankoformularbedruckung (BFB) Antrag auf praxisspezifische BFB-Genehmigung

Fax-Nr. (0 69) 7 95 02-777

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Georg-Voigt-Straße 15  
60325 Frankfurt am Main

Von der Praxis ausgefüllt an die KV Hessen zu senden

<b>BSNR bzw. NBSNR:</b> <input type="text"/>										
<b>PRAXISBEZEICHNUNG (Name der Praxis, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)</b>										
<table border="1"><tr><td><b>Name</b></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td><b>Straße</b></td><td><b>Nr.</b></td><td></td></tr><tr><td><b>PLZ</b></td><td><b>Ort</b></td><td></td></tr></table>		<b>Name</b>			<b>Straße</b>	<b>Nr.</b>		<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	
<b>Name</b>										
<b>Straße</b>	<b>Nr.</b>									
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>									
<b>Telefon:</b> <input type="text"/>	<b>/</b> <input type="text"/>	<b>Fax:</b> <input type="text"/>								
<b>Verwendete SOFTWARE<sup>1</sup></b>										
Softwarehersteller / Firma: <input type="text"/>	Name der Praxis-EDV: <input type="text"/>									
KBV-Zulassungsnummer für die EDV-Abrechnung: <input type="text"/>										
<b>Verwendete(r) DRUCKER<sup>2</sup></b>										
1. Drucker Hersteller: <input type="text"/>	Typbezeichnung: <input type="text"/>									
2. Drucker Hersteller: <input type="text"/>	Typbezeichnung: <input type="text"/>									
Ich beantrage die praxisspezifische BFB-Genehmigung.										
Datum: <input type="text"/>	Unterschrift des für die Praxis beantragenden Arztes <input type="text"/>									

<sup>1</sup> setzen Sie sich wegen der Angaben zur Software im Zweifelsfall mit Ihrem Softwarehersteller in Verbindung.

<sup>2</sup> falls Sie mehr als zwei Drucker in der Arztpraxis einsetzen, vermerken Sie dies bitte auf einem zusätzlichen Blatt.

### GENEHMIGUNGSVERMERK (wird von der KV Hessen ausgefüllt)

<b>Antrag genehmigt:</b> <input type="radio"/> ja	
Datum: <input type="text"/>	Stempel / Unterschrift <input type="text"/>
Diese praxisspezifische BFB-Genehmigung ist widerruflich.	