

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

[KBV\_ITA\_FMEX\_AAZ\_BFB]

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG  
DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT  
IT IN DER ARZTPRAXIS

15. MAI 2024

VERSION: 4.8

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

## BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

### 1 ALLGEMEINE ANGABEN

Die Einleitung der Zertifizierung für das oben genannte Zertifizierungsthema wird durch die Übergabe dieses Antrages an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) initiiert.

#### 1.1 ANTRAGSSTELLER

Antragssteller ist die juristische oder natürliche Person, die für die Einhaltung der in diesem Antrag bezeichneten Zulassungskriterien gegenüber der KBV verantwortlich zeichnet.

<b>Name des Antragstellers</b> [bei juristischen Personen ist die Rechtsform anzugeben]			
<b>Geschäftsbereich [falls vorhanden]</b>			
<b>Straße und Hausnummer</b>			
<b>PLZ, Ort</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail-Adresse</b>			
<b>Webseite</b>			
<b>Der Antragsteller ist</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Softwarehaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<b>Systempfleger</b> [nur anzugeben, wenn der Systempfleger vom Antragsteller abweicht]			
<b>Straße und Hausnummer</b>			
<b>PLZ, Ort</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail-Adresse</b>			

Antragssteller: \_\_\_\_\_

## 1.2 OPTIONALE ANGABEN FÜR KOSTENBESCHEIDE

Nur anzugeben, wenn abweichend von Abschnitt 1.1.

Bestell- bzw. Auftragsnummer des Antragsstellers	
Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

## 1.3 ZERTIFIZIERUNGSGEGENSTAND

Bitte geben Sie die Bezeichnung und Identnummer (falls vorhanden) des Zertifizierungsgegenstandes an.

Bezeichnung	
Identnummer [die letzten drei Stellen der Prüfnummer, falls vorhanden]	

## 1.4 BETRIEBSSYSTEME

Bitte geben Sie im Folgenden an, welche Client-Betriebssysteme unterstützt werden.

<input type="checkbox"/>	Windows	<input type="checkbox"/>	Mac OS	<input type="checkbox"/>	Linux
<input type="checkbox"/>	iOS/Android	<input type="checkbox"/>	Sonstige		

## 2 REALISIERUNG VON ANFORDERUNGEN

### 2.1 ANGABEN DER MUSTER

Bitte kreuzen Sie die Muster an, die zu zertifizieren sind:

<input type="checkbox"/>	Muster 02	Verordnung von Krankenhausbehandlung
<input type="checkbox"/>	Muster 03	Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung
<input type="checkbox"/>	Muster 04	Verordnung einer Krankenbeförderung
<input type="checkbox"/>	Muster 05	Abrechnungsschein ambulante Behandlung, belegärztliche Behandlung, Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie, anerkannte Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Muster 06	Überweisungsschein
<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	Überweisungsschein 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
<input type="checkbox"/>	Muster 15	Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
<input type="checkbox"/>	Muster 19	Notfall-/Vertretungsschein
<input type="checkbox"/>	Muster 20	Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)
<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 anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

Antragssteller: \_\_\_\_\_

<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 gem. § 37a SGB V
<input type="checkbox"/>	Muster 36	Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V
<input type="checkbox"/>	Muster 39	Dokumentationsvordruck für Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen
<input type="checkbox"/>	Muster 50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Kasse
<input type="checkbox"/>	Muster 51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers
<input type="checkbox"/>	Muster 52	Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
<input type="checkbox"/>	Muster 53	Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten
<input type="checkbox"/>	Muster 55	Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V
<input type="checkbox"/>	Muster 56	Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining
<input type="checkbox"/>	Muster 61	Verordnung von medizinischer Rehabilitation
<input type="checkbox"/>	Muster 62A Muster 62B Muster 62C	Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA Verordnung außerklinischer Intensivpflege Behandlungsplan für außerklinische Intensivpflege
<input type="checkbox"/>	Muster 63	Verordnung spezialisierte ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
<input type="checkbox"/>	Muster 64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V
<input type="checkbox"/>	Muster 65	Ärztliches Attest Kind
<input type="checkbox"/>	Muster 70	Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten
<input type="checkbox"/>	Muster 70A	Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V sowie der „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die hier genannten Ehegatten

Antragssteller: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie die Psychotherapie-Muster an, die zu zertifizieren sind:

<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"/>	PTV 11	Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde
<input type="checkbox"/>	PTV 12	Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie

Bitte kreuzen Sie die KV-spezifischen-Muster (jeweils ohne Barcode) an, die zu zertifizieren sind:

<input type="checkbox"/>	KVNO 05	Ärztlicher Kurzbericht - DIN A4 hoch, kein Sicherheitspapier
<input type="checkbox"/>	KVNO 06	KVNO 06: Allgemeine ambulante Palliativversorgung (Anlage 3a) - DIN A4 hoch, kein Sicherheitspapier
<input type="checkbox"/>	KVNO 07	Allgemeine ambulante Palliativversorgung (Anlage 3b) - DIN A4 hoch, kein Sicherheitspapier
<input type="checkbox"/>	KVNO 09	Ersatzkassen, Erstdokumentation, Anlage 2 - DIN A4 hoch, kein Sicherheitspapier
<input type="checkbox"/>	KVNO 10	Ersatzkassen, Abschlussdokumentation, Anlage 3 – DIN A4 hoch kein Sicherheitspapier

## 2.2 PFLICHTFUNKTIONEN BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

Unter Beachtung der Vorgaben zur jeweils gültigen Version "Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung" und zur jeweils gültigen Version "Technisches Handbuch Blankoformularbedruckung" bzw. „Technisches Handbuch BFB (PTV)" wird bestätigt:

<input type="checkbox"/>		Alle Pflichtfunktionen des Anforderungskataloges BFB (vgl. Technisches Handbuch Blankoformularbedruckung bzw. Handbuch BFB (PTV) bei Psychotherapie) wurden unter Berücksichtigung der Mappingregeln der Technischen Anlage zu Anlage 4a realisiert.

## 2.3 KBV-PRÜFNUMMER

<input type="checkbox"/>		Die KBV-Prüfnummer wird auf jedem BFB-Formular nach Vorgabe aufgedruckt.

Antragssteller: \_\_\_\_\_

#### 2.4 BARCODE

<input type="checkbox"/>	Der Barcode PDF 417 wird bei den vertragsärztlichen Formularen gemäß Vorgabe zu den jeweiligen Mustern erzeugt (außer Formulare der Psychotherapie) und wird an definierter Stelle ausgedruckt.

#### 2.5 SICHERHEITSPAPIER

<input type="checkbox"/>	Die Anwender werden darüber informiert, dass im Rahmen der BFB nur Sicherheitspapier verwendet werden darf, sofern in der Vordruckvereinbarung nichts anderes festgelegt wird (außer bei PTV und diversen KV-spezifischen Formularen).

Antragssteller: \_\_\_\_\_

### 3 ANLAGE ZU DEN KONTAKTDATEN

Es ist zwingend notwendig den Ansprechpartner für das vorliegende „Zertifizierungsthema“ sowie die „Geschäftsführung“ zu benennen.

Ansprechpartner(in) für das vorliegende Zertifizierungsthema

Name*	
Telefonnummer*	
E-Mail-Adresse*	

Ansprechpartner(in): Geschäftsführung

Name*	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse*	

Ansprechpartner(in): Produktmanagement

Name	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

---

\* Diese Information ist verpflichtend anzugeben

## 4 KENNTNISNAHME DURCH DEN ANTRAGSSTELLER

### I. Zertifizierungsrahmen

- (1) Die Zertifizierung wird im Rahmen einer Ergebnisprüfung durchgeführt.
- (2) Bei erfolgreichem Abschluss bestätigt die KBV mit Vergabe einer entsprechenden Prüfnummer die Zulassung.
- (3) Die Laufzeit der Zulassung beträgt 36 Monate.
- (4) Die Kosten der Zertifizierung können der folgenden Tabelle entnommen werden.

THEMA	ZERTIFIZIERUNGSART	PRÜFUNGSART	KOSTEN IN €
BFB	Neu- oder Rezertifizierung	Ergebnisprüfung	68,81 [pro Muster]

### II. Änderungen am Zertifizierungsgegenstand und der Angaben im Antrag auf Zertifizierung

- (1) Bei Änderungen der Anschrift, der Verantwortlichkeit und der Bezeichnung des Zertifizierungsgegenstandes wird die KBV unverzüglich unterrichtet.
- (2) Bei Änderungen des Zertifizierungsgegenstandes muss der Antragsteller die KBV noch vor Auslieferung an die Anwender informieren. Mittels einer formlosen Änderungsanzeige teilt der Antragsteller der KBV mit, welche Änderungen am Zertifizierungsgegenstand vorgenommen wurden. Die KBV entscheidet im Einzelfall, ob eine Zertifizierung notwendig ist und ggf. ein neuer Antrag auf Zertifizierung eingereicht werden muss.
- (3) Bei weiteren Änderungen, die nicht zur Einhaltung der KBV-Vorgaben führen, kann zum Erlöschen der Zulassung führen.
- (4) Von der Anzeigepflicht ausgenommen sind alle Anpassungen, die sich aufgrund der turnusmäßigen und in der Regel quartalsweise vorgegebenen Änderungsanforderungen der KBV ergeben.

### III. Update und weitere Vereinbarungen

- (1) Ein Anwenderhandbuch wurde erstellt und kann der KBV auf Anforderung kurzfristig (innerhalb 2 Wochen) zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Der Zertifizierungsgegenstand darf keine Applikationen enthalten, die vertragsärztlichen Abrechnungsbestimmungen zu umgehen.
- (3) Der Antragsteller akzeptiert die aktuellen Bedingungen aus dem Dokument „Zertifizierungsrichtlinie der KBV“ [[KBV\\_ITA\\_RLEX\\_Zert](#)], sowie zukünftige Aktualisierungen dieser Richtlinie.
- (4) Werden im Produktivbetrieb Fehler am Zertifizierungsgegenstand festgestellt, so muss der Antragsteller dafür sorgen, dass diese Fehler umgehend beseitigt und die fehlerfreie Version den Anwendern schnellstmöglich zur Verfügung gestellt werden. Die KBV kann in diesem Zusammenhang den Antragsteller zu einer Stellungnahme auffordern.
- (5) Der Antragsteller stellt sicher, dass dem Anwender, die über das Update der KBV aktualisierten Anforderungen und Stammdaten, rechtzeitig zum entsprechenden Gültigkeitsbeginn zur Verfügung gestellt werden. Alle gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, die die KBV veröffentlicht, müssen zum vorgesehenen Zeitpunkt umgesetzt werden.
- (6) Der Antragsteller akzeptiert die Lizenzvereinbarung aus dem Dokument „Lizenzvereinbarung – Software für Softwarehersteller –“ [[KBV\\_ITA\\_VGEX\\_Lizenzvereinbarung](#)].

Antragssteller:

---

#### IV. Sonstiges

- (1) Der Antragsteller räumt der KBV das unwiderrufliche Recht ein, seine Stellungnahmen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur vertraulichen und internen Verwendung zur Verfügung zu stellen, soweit dieses erforderlich ist.
- (2) Jede von diesem Antrag abweichende Angabe kann den Widerruf und die Rücknahme der Zulassung bewirken.
- (3) Der Widerruf hat zur Folge, dass Kassenärztliche Vereinigungen, Datenannahmestellen und Kostenträgerstellen, die mit dem Zertifizierungsgegenstand erstellten Daten zurückweisen können.
- (4) Der Antragsteller versichert mit seiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag aufgeführten Aussagen.
- (5) Der Antragsteller wird unter Nennung des Zertifizierungsgegenstandes und weiterer hersteller- und zertifizierungsbezogener Informationen in den Zulassungslisten der KBV veröffentlicht.

Antragssteller:

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Name in Druckbuchstaben

**Ansprechpartner:**

Dezernat Digitalisierung und IT

IT in der Arztpraxis

Tel.: 030 4005-2077, pruefstelle@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

pruefstelle@kbv.de, www.kbv.de