



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Besondere Versorgungsformen
Pappelallee 5
14469 Potsdam

E-Mail: Antrag_SF_Telemedizin@kvbb.de

**Antrag auf Gewährung einer Förderung gem. der Maßnahme
„Förderung telemedizinischer Versorgungsformen sowie telemedizinischer Kooperationen gem.
§ 1 Abs. 1 Punkt IX. und XI. der Richtlinie zur Verwendung der Mittel des Strukturfonds gem. § 105
SGB V der KVBB“**

Antragssteller

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Praxisort: _____

Art der Förderung

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Ideelle Förderung
 - Organisationsunterstützung
 - Kommunikation, Beratung zur Bildung telemedizinischer Netzwerke
 - Unterstützung in der Multiplikatorenrolle im Rahmen des Vorhabens

- Materielle Förderung
 - Investitionskostenzuschuss für zusätzliche technische und telemedizinische Ausstattung
 - Zuschläge zur Vergütung
 - Aufwendungen als Multiplikatoren (Referententätigkeit, Informationsmaterialien)
 - Durchführung von Schulungen



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Angaben zum Vorhaben

Titel	
Ort	
Umsetzungs- zeitraum	
Benennung der am Vorhaben Beteiligten einschließlich Kooperationen	
Beschreibung des Vorhabens (Konzept, Skizzen oder andere veranschaulichende Materialien können Sie dem Antrag als Anhang beifügen.)	



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Vorhabenziele (einschließlich Kosten- und Zeitziele)

Angestrebte Ergebnisse des Vorhabens



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Business-Case/Szenario zur Beurteilung des Vorhabens unter wirtschaftlichen Aspekten

Die Grundlage für das Antragsverfahren, die Bewilligung und die Umsetzung eines Fördervorhabens bildet die unter www.kvbb.de/praxis/praxiswissen/strukturfonds veröffentlichte „Verfahrensrichtlinie zur Förderung der telemedizinischen Versorgungsformen sowie telemedizinischer Kooperationen aus dem Strukturfonds gem. § 105 SGB V“.

Der Antrag ist per Post oder per E-Mail an die oben genannte Adresse im Zeitraum vom 01.05. bis 31.10.2024 (Datum Eingang bei der KVBB, „Windhundprinzip“) zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Arzt-/Praxisstempel)