



Erklärungen zur Vierteljahresabrechnung

Vertragsarztstempel

Quartal:

 /

Betriebsstätten-Nr. der Praxis:

1. Ich erkläre, dass die Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist. Die Abrechnung richtet sich nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, insbesondere den Bundesmantelverträgen und den Verträgen auf Bundes- und Landesebene. Die Abrechnungsordnung der Kassennärztlichen Vereinigung Brandenburg wurde beachtet.

2. Vertretung in der eigenen Praxis (§§ 32, 32a Ärzte-ZV).

In folgenden Zeiten war in der Sprechstunde ein Vertreter tätig:

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | Name |
| 2. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | Name |
| 3. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | Name |

Sofern genehmigungspflichtige Leistungen von einem Vertreter erbracht wurden, hat sich der Vertretene vom Vorliegen der erforderlichen Qualifikation(en) überzeugt.

3. In folgenden Zeiten war die Praxis geschlossen

- | | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | kollegiale Vertretung durch |
| 2. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | kollegiale Vertretung durch |
| 3. | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | von (TTMMJJJJ) | bis (TTMMJJJJ) | kollegiale Vertretung durch |

4. Unterschrift der Praxisinhaber, bzw. in MVZ und Einrichtungen die Unterschrift des ärztlichen Leiters und aller dort tätigen zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Gleiches gilt für die aufgrund einer Ermächtigung an der Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

Fortsetzung Unterschriften gemäß Punkt 4.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lebenslange Arztnummer

Datum

Unterschrift des Arztes