



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Erklärungen zur Vierteljahresabrechnung

Fax Versand an: 0331 2309-545

Vertragsarztstempel

Quartal: / 2 0

BSNR:

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 Kassenärztlichen Vereinigung wurde beachtet.

2. Vertretung in der eigenen Praxis (§§ 32, 32a Ärzte-ZV) in folgenden Zeiten war in meiner Praxis ein Vertreter tätig:

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

Sofern genehmigungspflichtige Gebührenordnungspositionen 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	von (TTMMJJJJ)	bis (TTMMJJJJ)	kollegiale Vertretung durch
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	von (TTMMJJJJ)	bis (TTMMJJJJ)	kollegiale Vertretung durch
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	von (TTMMJJJJ)	bis (TTMMJJJJ)	kollegiale Vertretung durch

4. Unterschriften der Praxisinhaber, bzw. im MVZ und in Einrichtungen des vertretungsbefugten Geschäftsführers, 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Geschäftsführer

.....
Datum

.....
Unterschrift