



Betriebsstättennummer (BSNR)

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

Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

Erklärung

zur Abrechnung für das __ Quartal 20__ - einschließlich des eingereichten Nachtragsquartals -

1. Ich versichere, die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach geltenden Vorschriften und Richtlinien erbracht und abgerechnet zu haben.
2. Ich bestätige, dass keine diagnose- oder symptomorientierten Abrechnungsautomatismen angewendet wurden.
3. Weiterhin bestätige ich, dass die Abrechnung sachlich richtig ist und der Leistungsinhalt aller abgerechneten GO-Nrn. zum Zeitpunkt der Geltendmachung der Honoraranprüche vollständig erbracht worden ist.
4. Ich versichere, dass für keine von mir abgerechnete Leistung eine Vergütung oder sonstige Zuwendung von dritter Seite an mich geleistet wurde. Dies gilt auch für alle über die KV abrechnungsfähigen Leistungen, die Bestandteil von Verträgen der Integrierten Versorgung sind.
5. Soweit bei der Erbringung von Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge (Kapitel 1.5 EBM) und der postoperativen Überwachungs- und Behandlungskomplexe (Kapitel 31.3 und 31.4 EBM) mehrere Ärzte mitgewirkt haben, erkläre ich eine Vereinbarung darüber getroffen zu haben, nach der nur von mir allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abgerechnet werden. Dies gilt in gleicher Weise für die Leistungen nach den GO-Nrn. 01857, 01910, 01911 und 05350 EBM.
6. Sofern ich Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V abrechne, erkläre ich, dass ich der alleinige behandlungsführende und abrechnende Arzt im jeweiligen Fall bin.
7. Ich versichere, dass meine vorliegende Abrechnung ausschließlich mit einer von der KBV-Prüfstelle genehmigten Softwareversion nach den geltenden Richtlinien der Kassennärztlichen Vereinigung Sachsen zur Erstellung der Abrechnung erstellt und mittels aktuellen KBV-Prüfmodul kontrolliert wurde.

**Bei Berufsausübungsgemeinschaften Unterschriften sämtlicher Ärzte bzw. Therapeuten,
bei MVZ nur ärztlicher Leiter**

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
bzw. des Therapeuten