



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 werden sowie kein programmiertes Hinzufügen der neben dem Gebührensatz für die erbrachten abrechnungsfähigen GO-Nrn. oder deren Ersetzung durch eine anders bewertete GO-Nr. erfolgt ist.
3. Weiterhin bestätige ich, dass die Abrechnung sachlich richtig ist und der Leistungsinhalt aller abgerechneten GO-Nrn. zum Zeitpunkt der Geltendmachung der Honoraransprüche 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 KV Sachsen für Diskettenabrechner erstellt und mittels KBV-Prüfmodul kontrolliert wird. Das Prüfprotokoll und die nach geltenden Bestimmungen einzureichenden Behandlungsbelege sind in der Sortierreihenfolge der Datensätze Bestandteil meiner Abrechnung.
8. Ich verwende für die Verordnung von Arzneimitteln eine Arzneimittel-Datenbank: ja  nein

Sofern ich eine solche verwende, bestätige ich, dass die Arzneimittel-Datenbank einschließlich der zu ihrer Anwendung notwendigen elektronischen Programme (Software), die Informationen gemäß § 73 Abs. 8 Satz 2 und Satz 3 SGB V enthält und von der Prüfstelle der Kassennärztlichen Bundesvereinigung auf Basis der jeweils aktuellen Anforderungskataloge für die kassenärztliche Versorgung zugelassen ist (Zertifizierung). Ich verwende folgendes zertifiziertes Produkt:

Name der Software: \_\_\_\_\_ Prüfnummer: \_\_\_\_\_

**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