



Betriebsstättennummer (BSNR)

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

Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

Corona-Pandemie

Erklärung

im Rahmen der §§ 11a bis 11e des Honorarverteilungsmaßstabes

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

1. Ich versichere, dass ich vollumfänglich im Rahmen meines Versorgungsauftrages und mindestens im bisherigen zeitlichen Umfang für die Versorgung von Patienten zur Verfügung stand.
2. Ich bestätige, dass ich sämtliche Sprechstundenänderungen und/oder ganztägige Abwesenheiten ab dem ersten Tag taggleich der KV Sachsen gemeldet habe.
3. Ich versichere, dass Verkürzungen der Sprechstundenzeiten der Praxis pandemiebedingt (z. B. Einsatz in Corona-Test- und/oder Behandlungszentren, corona-bedingte Quarantäne, behördliche Auflagen) unabwendbar waren.
4. Ich verpflichte mich, erhaltene und Ansprüche auf Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen bzw. Ausgleichszahlungen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (z. B. Kurzarbeitergeld, Praxisausfallversicherungen) unverzüglich mitzuteilen.

Diese Erklärung ist in papiergebundener Form und von allen Mitgliedern der jeweiligen Praxis unterzeichnet und gestempelt einzureichen. In Medizinischen Versorgungszentren ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters ausreichend.

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