



## 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. Sofern Leistungen abgerechnet werden, bei denen mehrere Ärzte mitgewirkt haben, erkläre ich hiermit, dass mit den anderen an der Erbringung der Leistung beteiligten Ärzten eine Vereinbarung getroffen wurde, wonach nur ich/wir allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnen.
3. Ich bestätige, dass keine diagnose- oder symptomorientierten Abrechnungsautomatismen angewendet wurden.
4. 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.
5. 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.
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 sowie nach den geltenden Richtlinien der Kassennärztlichen Vereinigung Sachsen zur Erstellung der Abrechnung erstellt und mittels aktuellen KBV-Prüfmodul kontrolliert wurde.
8. Ich versichere, dass die von mir ausgestellten Arznei- und Heilmittelverordnungen, soweit dies softwaregestützt erfolgt, mit einem von der KBV für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen elektronischen Programm erzeugt wurden.
9. Ich bestätige, soweit erfolgt, die im Rahmen der Abrechnungsabgabe im Mitgliederportal vorgenommene Wahl zur Teilnahme an Online-Proaktiv.

Betriebsstättennummer (BSNR)

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

Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)


Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes bzw.  
des Therapeuten

**Sofern in einer Praxis mehrere unterschriftsberechtigte Ärzte tätig sind, ist die Unterschrift eines unterschriftberechtigten Arztes ausreichend**