

**Absender:**

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

**Zu senden an:**

**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Abteilung Qualitäts- und Verordnungsmanagement  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg**

**Per Fax: 0391 627- 8436**

**A B R E C H N U N G S B O G E N****Einsatz im Rahmen der Impfungen gegen das Corona-Virus**

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Ich rechne meinen Einsatz als Impfarzt und gegebenenfalls den Einsatz meines nichtärztlichen Praxispersonals wie folgt ab:

Datum	Uhrzeit		Name der Einrichtung (Pflegeeinrichtung, ...)	Impfzentrum (Standort)	Einsatz Praxis- personal	Zu dem Einsatz hat mich/haben mich folgende Mitarbeiter/in/nen begleitet		
	von	bis				Ja/nein	Name	Vorname

Datum	Uhrzeit		Name der Einrichtung (Pflegeeinrichtung, ...)	Impfzentrum (Standort)	Einsatz Praxis- personal	Zu dem Einsatz hat mich/haben mich folgende Mitarbeiter/in/nen begleitet		
	von	bis				Ja/nein	Name	Vorname

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf folgendes Konto:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Absender): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Die von mir angegebenen Zeiten entsprechen den tatsächlichen Einsatzzeiten. Die Einsätze wurden vorab mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, ggfs. Stempel