

**Corona-Pandemie\_\_\_. Quartal 2020**  
**Erklärung der/s Praxisinhaber/s bzw. Geschäftsführer/s MVZ**  
**zur Erfüllung des Versorgungsauftrages und**  
**zum Erhalt von Ausgleichszahlungen**

BSNR.: 

<b>8</b>							<b>0</b>	<b>0</b>
----------	--	--	--	--	--	--	----------	----------

Praxisstempel:

**1. Erfüllung des Versorgungsauftrages**

Mit meiner/unseren untenstehenden Unterschrift/en versichere/versichern ich/wir, dass ich/wir während der Corona-Pandemie für die Patientenversorgung im Umfang meines/unseres Versorgungsauftrages zur Verfügung stand/en.

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Unterschrift aller Praxisinhaber / Geschäftsführer MVZ

**2. Erhalt oder Beantragung von Ausgleichszahlungen**

**Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen**

- Ich/Wir habe/n **keine** Ausgleichs- oder Hilfszahlungen (z. B. Soforthilfen des Bundes, Kurzarbeitergeld), erhalten bzw. beantragt.
- Ich/Wir habe/n folgende Ausgleichs- oder Hilfszahlungen (z. B. Soforthilfen des Bundes, Kurzarbeitergeld) erhalten bzw. beantragt:

Bezeichnung der Ausgleichs- oder Hilfszahlung	Betrag	Erhalten Ja/Nein/Datum	Beantragt* Ja/Nein/Datum

\*Der Erhalt von Zahlungen ist der KVSA unverzüglich mitzuteilen.

**Mir/uns ist bewusst, dass für Ausgleichszahlungen nach § 87 a Absatz 3b SGB V durch die KVSA Voraussetzung ist, dass diese Erklärung bei der KVSA eingeht und die Angaben wahrheitsgemäß erfolgen.**

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Unterschrift aller Praxisinhaber / Geschäftsführer MVZ

Bestätigung der unter 2. aufgeführten Angaben durch den Steuerberater (ggf. erst nach Vorliegen der Unterlagen beim Steuerberater zu einem späteren Zeitpunkt möglich)

-----  
 Stempel

-----  
 Datum

-----  
 Unterschrift des Steuerberaters