

**Die gesetzlichen sogenannten „Schutzschirmregelungen“ (§§87a Abs. 3b, 87b Abs. 2 SGBV) machen Ausgleichszahlungen von der Abgabe der nachstehenden Erklärung abhängig.**

**Erklärung**

Der Praxis: \_\_\_\_\_  
 (Haupt-)BSNR: \_\_\_\_\_  
 Knappschaftsarztnummer: \_\_\_\_\_  
 Für das Quartal: \_\_\_\_\_

- I. Die Knappschaftsarztpraxis beabsichtigt, Ausgleichszahlungen, die sich unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen ergeben, in Anspruch zu nehmen.  
 Ja  Nein (bei „Nein“ bitte IV. ankreuzen)
- II. Der Praxisbetrieb der Praxis wurde im Quartal \_\_\_\_\_ entsprechend des Umfangs seiner Versorgungsaufträge aufrechterhalten.  
 Ja (übliche Praxisurlaube sowie behördliche Schließungszeiträume sind unschädlich)  
 Nein
- III. Im Quartal \_\_\_\_\_ hat die Knappschaftsarztpraxis  
 keine  folgende

Sonstige finanzielle Hilfen, die nach dem o.g. „Schutzschirmregelungen“ auf die Ausgleichszahlung mindernd anzurechnen sind, erhalten:

Sonstige Finanzielle Hilfe	Betrag in EUR
• Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz	.....
• Kurzarbeitergeld	.....
• Soforthilfen des Bundes/Landes	.....

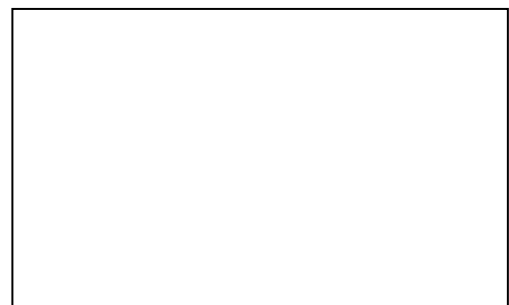
Die erhaltenen Hilfen sind jeweils in voller Höhe anzugeben, auch wenn die Anrechnung bereits durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgte.

Ergeben sich gegenüber dem oben dargestellten Stand nachträglich Veränderungen, müssen diese der KNAPPSCHAFT unverzüglich mitgeteilt werden. Insoweit steht die geleistete Ausgleichszahlung unter dem Vorbehalt einer ggf. nachträglichen Anpassung.

- IV.  Die Knappschaftsarztpraxis verzichtet auf eine Ausgleichszahlung nach den „Schutzschirmregelungen“ (da z.B. sonstige Hilfszahlungen die entstandenen Honorarrückgänge bereits ausgeglichen haben).
- V.  Es wird bestätigt, dass diese Erklärung vollständig und wahrheitsgemäß ist.

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift und LANR des Unterzeichners)

\_\_\_\_\_  
 (Datum)



(Stempel der Knappschaftspraxis)