

Zurück im Original oder als Fax an:
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abrechnungsabteilung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Telefax: 03643 559499

Sammelerklärung für die Vergütung notärztlicher Leistungen im Monat

einzureichen bis spätestens 15. des Folgemonats

Name, Vorname:

Lebenslange Arzt-
nummer (LANR):

Auf nachfolgenden Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) war ich im vergangenen Monat als
Notarzt tätig:

Standort des NEF	Betriebsstätten- nummer	Anzahl der abgerechneten Einsätze im Monat je Betriebsstätte (NEF)	Volle geleistete Stunden im Monat je Betriebsstätte (NEF)

(Bei weiteren Standorten Tabelle bitte ergänzen.)

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der angegebenen Inhalte.
(Die Kassenärztliche Vereinigung führt zur Überprüfung der Anzahl der Abrechnungsfälle
Abgleiche mit den Abrechnungen der Leistungserbringer der NEF-Fahrzeuge durch. Zur
Überprüfung der Dienststunden erfolgt ein Vergleich mit den bestätigten Dienstplänen.)

.....
Unterschrift Notarzt

.....
Stempel