

Kassenärztliche Vereinigung  
 Saarland  
 Europaallee 7-9  
 66113 Saarbrücken

(Vertragsarztstempel)

**Abrechnungsbeauftragung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V  
 zur Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

Hiermit beauftrage ich die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (im Folgenden „KVS“) mit der Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Name, Vorname			
Facharzt für			
LANR			
BSNR	73		
Adresse			
Telefon			
ASV- Berechtigung	<input type="checkbox"/> Tuberkulose und atypische Mykobakteriose <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom <input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren <input type="checkbox"/> Morbus Wilson <input type="checkbox"/> Urologische Tumoren <input type="checkbox"/> Hauttumoren <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Tumoren der Lunge und des Thorax <input type="checkbox"/> Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie <input type="checkbox"/> Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene <input type="checkbox"/> Rheumatologische Erkrankungen Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Seltene Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Hämophilie <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Tumoren des Auges <input type="checkbox"/> Kopf- oder Hals-Tumoren <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankungen <input type="checkbox"/> Kurzdarmsyndrom	<input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven <input type="checkbox"/> Knochen- und Weichteiltumoren <input type="checkbox"/> Tumoren des lymphatischen blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung <input type="checkbox"/> Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation <input type="checkbox"/> angeborene Skelettsystemfehlbildungen
ASV- Teamnummer			

Ich verpflichte mich, nur Leistungen des sog. Appendix, der durch den G-BA als Anlage zur ASV-Richtlinie pro Indikation festgelegt wird, gemäß meiner ASV-Berechtigung abzurechnen. Weiter erkläre ich, die von mir erbrachten Leistungen mit meiner ASV-Teamnummer zu kennzeichnen und die entsprechenden Daten der KVS im Rahmen meiner quartalsweisen Honorarabrechnung im KVDT-Format zu übermitteln. Hinsichtlich der Fristen für die Einreichung der Abrechnung gelten die Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen der KVS entsprechend.

Zur Geltendmachung der Beträge gegenüber den Krankenkassen trete ich meine Forderungen der KVS zur Einziehung ab. Dabei ist die KVS berechtigt, von meinem auszuzahlenden Honorar einen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von 3,0 % in Abzug zu bringen. Mir ist bekannt, dass die Honorarauszahlung durch die KVS erst nach der Rechnungsbegleichung durch die Krankenkassen erfolgt. Gegenüber diesen sind auch Einwendungen gegen die Abrechnung geltend zu machen.

Änderungen zur ASV-Berechtigung teile ich der KVS unverzüglich mit. Dies gilt insbesondere für das Erlöschen der Berechtigung, was zu einer Beendigung der Abrechnungsbeauftragung führt. Darüber hinaus kann ich die Beauftragung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVS kündigen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des beauftragenden Vertragsarztes

