

Arztstempel (Bitte nicht vergessen)

## COVID-19 Rettungsschirm - Ergänzende Erklärung zur Quartalsabrechnung

für Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b und/oder  
§ 87b Abs. 2a SGB V.

**3. Quartal 2020**

Bitte füllen Sie die Erklärung in Ihrem Interesse sorgfältig und vollständig aus. Verweise auf die Erklärung zur Quartalsabrechnung oder andere Anlagen sind nicht möglich; die Daten sind auf dieser ergänzenden Erklärung erneut vollständig zu nennen.

### Abwesenheitszeiten (ergänzende Angaben zum Schließungsgrund)

Ich habe meine Praxis wegen **Urlaub / Krankheit** geschlossen:

vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]  
vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]  
vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]

Ich habe meine Praxis wegen **staatlich angeordneter Quarantäne** oder gem. **Corona-Verordnung** geschlossen:

vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]  
vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]  
vom [ ] bis [ ] ; vom [ ] bis [ ]

Ich habe meine Praxis **aus anderen Gründen** geschlossen (**bitte Grund angeben**):

vom [ ] bis [ ] Grund: [ ]  
vom [ ] bis [ ] Grund: [ ]  
vom [ ] bis [ ] Grund: [ ]

### Erklärung zu staatlichen Hilfen / Entschädigungen (z.B. nach dem Infektionsschutzgesetz oder anderer Anspruchsgrundlagen)

Ich habe **Kurzarbeitergeld** für meine Praxis erhalten:

vom [ ] bis [ ] i.H.v. [ ] Euro für [ ] Prozent (Höhe der Kurzarbeit)

Ich habe **andere Hilfen und/oder Entschädigungen vom Staat** erhalten:

- i.H.v. [ ] Euro Art der Hilfen/ Entschädigung: [ ]  
erhalten am [ ]  noch nicht erhalten
- i.H.v. [ ] Euro Art der Hilfen/ Entschädigung: [ ]  
erhalten am [ ]  noch nicht erhalten

Ich habe **keine staatlichen Hilfen / Entschädigungen** in Anspruch genommen.

Ich bestätige durch meine Unterschrift ausdrücklich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Weiterhin bestätige ich, dass ich für die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben persönlich die Verantwortung trage.

Datum

Unterschrift des Arztes / Psychologischen Psychotherapeuten