

**Abrechnung ärztlicher Leistungen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Notfallunterkünften  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV)**

**Bitte ausfüllen und zusammen mit den Abrechnungsscheinen senden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Neumühler Str. 22  
19057 Schwerin

**1. Persönliche Angaben des Arztes:**

Titel:	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	E-Mail-Adresse:	
Bankverbindung (BIC/IBAN):		

**2. Abrechnungszeitraum und Ort der Leistungserbringung:**

Zeitraum der Abrechnung (Bitte Quartal und Jahr angeben): \_\_\_\_\_

Einrichtung(en), in denen Erstaufnahmeuntersuchungen und/oder kurative Behandlungen für Flüchtlinge erbracht wurden (bitte Anschrift und Bezeichnung der Einrichtung angeben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Abrechnungserklärungen:**

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Rahmenvertrages zwischen der KVMV und dem Land Mecklenburg-Vorpommern und damit die Bedingungen zur ärztlichen Behandlung von Flüchtlingen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften zur Kenntnis genommen habe.

Ich bestätige, dass ich die Handreichung für die medizinische Behandlung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften des Landes Mecklenburg-Vorpommern zur Kenntnis genommen habe.

Ich habe mich durch den örtlichen Gesundheitsdienst/die Leitung der Einrichtung als teilnehmender Arzt registrieren lassen und meine Qualifikation nachgewiesen.

Ort, Datum	Arztstempel/Unterschrift
------------	--------------------------