



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung  
Fallstraße 34  
81369 München

**Abrechnung von COVID-19-Schutzimpfungsleistungen im Quartal 1.2023**  
**Einreichungstermin 10.04.2023**

Hiermit rechnen wir folgende von uns erbrachte Impfleistungen gem. § 6 der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) ab:

|  | Jan.<br>2023 | Feb.<br>2023 | März<br>2023 |
|--|--------------|--------------|--------------|
|--|--------------|--------------|--------------|

Anzahl Schutzimpfungen an Montagen bis Freitagen:

Anzahl Schutzimpfungen an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen:

Anzahl Besuche im Rahmen einer Impfung:

Anzahl Besuche einer weiteren Person in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung im Rahmen einer Impfung:

Anzahl an Ausstellungen eines COVID-19-Impfzertifikats für eine Person, die in meiner Praxis geimpft wurde (ohne PVS-System):

Anzahl an Ausstellungen eines COVID-19-Impfzertifikats für eine Person, die in meiner Praxis geimpft wurde (mit PVS-System):

Ich versichere, dass ich über eine Impfberechtigung verfüge, die nach § 3 Absatz 4a Corona-ImpfV durch Bescheinigung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer nachgewiesen ist.

Ich versichere, dass täglich die für die Impfsurveillance des Robert-Koch-Institutes (RKI) erforderlichen Daten nach § 4 Absatz 1 Satz 1 CoronaImpfV direkt über das elektronische Melde- und Informationssystem des RKI (Digitales Impfmonitoring, DIM) an das RKI übermittelt wurden.

ABE-Nummer der Praxis:

---

(Ort, Datum, Unterschrift Praxisinhaber/in)



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung  
Fallstraße 34  
81369 München

**Abrechnung von COVID-19-Schutzimpfungsleistungen im Zeitraum 01.04. bis 07.04.2023  
Einreichungstermin 10.04.2023**

Hiermit rechnen wir folgende von uns erbrachte Impfleistungen  
gem. § 6 der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) ab: 01.04. - 07.04.2023

Anzahl Schutzimpfungen an Montagen bis Freitagen:

Anzahl Schutzimpfungen an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen  
Feiertagen:

Anzahl Besuche im Rahmen einer Impfung:

Anzahl Besuche einer weiteren Person in derselben sozialen  
Gemeinschaft oder Einrichtung im Rahmen einer Impfung:

Anzahl an Ausstellungen eines COVID-19-Impfzertifikats für eine  
Person, die in meiner Praxis geimpft wurde (ohne PVS-System):

Anzahl an Ausstellungen eines COVID-19-Impfzertifikats für eine  
Person, die in meiner Praxis geimpft wurde (mit PVS-System):

Ich versichere, dass ich über eine Impfberechtigung verfüge, die nach § 3 Absatz 4a Corona-  
ImpfV durch Bescheinigung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer nachgewiesen ist.

Ich versichere, dass täglich die für die Impfsurveillance des Robert-Koch-Institutes (RKI)  
erforderlichen Daten nach § 4 Absatz 1 Satz 1 CoronaImpfV direkt über das elektroni-  
sche Melde- und Informationssystem des RKI (Digitales Impfmonitoring, DIM) an das RKI  
übermittelt wurden.

ABE-Nummer der Praxis:

---

(Ort, Datum, Unterschrift Praxisinhaber/in)