

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Bezirksdirektion Stuttgart Geschäftsbereich Abrechnung Abrechnungsbearbeitung Albstadtweg 11 70567 Stuttgart

D'11 II				
Bitte dieses	LARMIIIAR	macchina	II ALICTI	IIIIANI
Dille dieses	COLLIUIAL	IIIastiiiie	II ausii	

Antwort an Fax 0711 7875-483713 oder per E-Mail energiekosten@kvbawue.de

Selbsterklärung zu den zusätzlichen Stromkosten der Praxis

echnungsquartal:	/2023
NR:	
xisname:	
ւße, Hausnummer։	
, Ort:	
ne Vorname	
iic, voiname.	Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person
	lären wir nachfolgende Angaben zu
nen/unseren zusat:	ziichen Stromkosten:
pruchsvoraussetz	ung:
wir habe/n Leistunge	en aus folgenden Leistungsbereichen des EBM durchgeführt und im
ngenannten Quartal	abgerechnet (Zutreffendes bitte ankreuzen):
Gehührenordnungs	positionen 25316 und/oder 25321,
•	positionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 4350 und/oder 34351,
0	positionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 51, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und/oder 34490,
J	spositionen 40815, 40818 und/oder 40823 bis 40828 800.
	IR: kisname: Iße, Hausnummer: I, Ort: ne, Vorname: rmit erkläre ich/erkl nen/unseren zusätz pruchsvoraussetzt wir habe/n Leistunge ngenannten Quartal Gebührenordnungs Gebührenordnungs 34340 bis 34342, 3 Gebührenordnungs 34442, 34450, 3445

¹ Alle nachfolgenden in Klammern aufgeführten Verweise beziehen sich auf die Regelungen des Anhangs 7 – EBM zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten (in der jeweils aktuellen Fassung, einschl. Beschluss 648. Sitzung des Bewertungsausschusses).



1. Aktueller Stromverbrauch der Praxis im obengenannten Abrechnungsquarta	I
Ich/wir habe/n im Abrechnungsquartal folgenden Stromverbrauch	
kWh [1]	
Sofern Sie im Abrechnungsquartal auf Grundlage einer Verbrauchsprognose Abschläge für d Strom bezahlen, geben Sie bitte jeweils den Zählerstand am ersten und am letzten Tag des Abrechnungsquartals an.	en
Zählerstand ersten Tag im Abrechnungsquartal:	kWh
Zählerstand letzter Tag im Abrechnungsquartal:	kWh
Differenz [1]	kWh
Nur sofern der aktuelle Stromverbrauch nicht angegeben werden kann:	
Ich/wir hatte/n im Vor(vor)jahr(-esquartal) folgenden Stromverbrauch:	
Hinweis: Bitte geben Sie an, auf welches Quartal und welches Jahr sich der Wert bezieht.	
kWh [1] Quartal	
Nur sofern der Stromverbrauch geschätzt werden muss:	
Ich/wir schätzen folgenden Stromverbrauch:	
kWh [1] (Quartalswert, Jahreswert ggf. bitte vierteln) Nur sofern Sie in einer Praxisgemeinschaft tätig sind:	
Im Fall einer Praxisgemeinschaft, deren Praxisinhaber unter verschiedenen Betriebsstättennummern (BSNR) abrechnen, ist der Stromverbrauch der Praxis anteilig anzu	geben
Es handelt sich um einen anteiligen Stromverbrauch im Rahmen einer Praxisgemeinscha (bitte ankreuzen, falls zutreffend).	aft
Geben Sie bitte die BSNR Ihres/Ihrer Kooperationspartner(s) an:	
BSNR:	
BSNR:	
BSNR:	



2. Stromkosten der Praxis

Hinweis: Im Fall einer Praxisgemeinschaft, deren Praxisinhaber unter verschiedenen Betriebsstättennummern (BSNR) abrechnen, sind die Stromkosten der Praxis anteilig anzugeben. Meine/Unsere Stromkosten für das Abrechnungsquartal betragen nach Berücksichtigung der Entlastungsbeträge gemäß §§ 5 bis 11 StromPBG (Angabe inkl. Netzentgelte, Messstellenentgelte und staatlich veranlasste Preisbestandteile einschließlich Umsatzsteuer): ____€ [2] ☐ Es handelt sich um Abschlagszahlungen an den Energieversorger oder um Abschlagszahlungen im Rahmen von Betriebskostenvorauszahlungen an den Vermieter (bitte ankreuzen, falls zutreffend). 3. Berücksichtigung der auf andere Kostenträger entfallenden Stromkosten: Hinweis: Geben Sie bitte den Zeitraum an, indem Sie Monate und Jahr benennen (Beispiel: Januar bis Dezember 2021). Meine/unsere steuerrelevanten GKV-Einnahmen² der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betrugen: € [3.1] Zeitraum: Meine/unsere steuerrelevanten Gesamteinnahmen³ der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betrugen € [3.2] Zeitraum: ☐ Es handelt sich um eine Schätzung auf Basis einer methodisch basierten Kalkulation (z. B. Businessplan, Unterlagen aus Kreditbeantragung, etc.), da keine Einnahmen für das Jahr 2021/2022 vorliegen. Berechnung des GKV-Anteils mit den vorstehenden Angaben: ______€ [3.1] _____ = _____0[3] $0.44 * (___{[3.2]} - __{[3.1]}) + ___{[3.1]}$ EinnahmenGKV [3.1] 0,44 × (Einnahmengesamt [3.2] – EinnahmenGKV [3.1]) + EinnahmenGKV [3.1]

² GKV-Einnahmen sind Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag für das Jahr 2021 Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis oder verwenden Sie im Ausnahmefall nach Nr. 3 Absatz 5 Satz 4 alternativ vorläufige oder geschätzte Werte des Jahres 2021 oder 2022 oder 2023 und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.

³ Gesamteinnahmen ist die Summe aus kassenärztlicher, privatärztlicher und sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag für das Jahr 2021 Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis oder verwenden Sie im Ausnahmefall nach Nr. 3 Absatz 5 Satz 4 alternativ vorläufige oder geschätzte Werte des Jahres 2021 oder 2022 oder 2023 und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.



4.	Durch andere Stellen erstattete Stromkosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)				
	Im Abrechnungsquartal gab es keine Kostenübernahme von Stromkosten durch andere Stellen.				
	Im Abrechnungsquartal gab es eine Kostenübernahme von Stromkosten durch andere Stellen, in Höhe von € [4]				
Ве	rechnung der zusätzlichen Stromkosten				
	e zusätzlichen Stromkosten meiner/unserer Praxis bestimmen sich gemäß den vorstehenden gaben. Bitte übertragen Sie den Wert[1] aus Position 1 (aktueller Stromverbrauch).				
(
=_	€				
	$comkosten_Q[2] - Referenzpreis \times Stromverbrauch_Q[1] - Erstattungen durch andere Stellen_Q[4])$ Anteil $_{GKV}[3] \times (1 - Eigenanteil) = zusätzliche Stromkosten_Q$				
Ve	rpflichtung und Datenschutzhinweise				
	ist bekannt, dass die Erstattung zusätzlicher Stromkosten gemäß Anhang 7 Nr. 4 Absatz 3 und 4 M zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten unter Prüfungsvorbehalt erfolgt.				
Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mitgeteilt.					
Ve Art Be EB Zw Ra Ve	rantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche reinigung Baden-Württemberg. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des ikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. den schlüssen des Bewertungsausschusses 640. und 648. Sitzung zur Aufnahme eines Anhang 7 M (befristete Abrechnung zusätzlicher Stromkosten). Peck der Datenverarbeitung ist die Berechnung und Erstattung der zusätzlichen Stromkosten im hmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur rarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf der Webseite:				
Mit	der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.				
Ort,	, Datum				
Unt	erschrift Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person Praxisstempel				



Einverständniserklärung

Das Einverständnis darüber, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach Anhang 7 Nr. 2 und 3 EBM zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen des Anhangs 7 EBM entsprechen, wird erklärt. Die Erstattung der zusätzlichen Stromkosten wird nur gewährt, wenn der Vertragsarzt/die Praxis sein/ihr Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß Nr. 4 Absatz 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses erklärt.

Mit der Unterschrift wird das Einverständnis erklärt.	
Ort, Datum	
Unterschrift Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person	Praxisstempel
Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Kontaktdaten an:	
Telefonnummer:	
F_Mailadresse:	