

## Sammelerklärung zur Abrechnung für das Quartal IV/2018

Die Verwendung des Singulars in dieser Erklärung gilt auch für den Fall, dass mehrere Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

Praxisstempel

### Ich bestätige/Wir bestätigen:

1. **Leistungserbringung** | Die abgerechneten Leistungen wurden gemäß § 15 BMV-Ä persönlich erbracht oder von
  - einem von der KV RLP genehmigten angestellten Arzt oder Psychotherapeuten,
  - einem von der KV RLP genehmigten Weiterbildungsassistenten,
  - einem von der KV RLP genehmigten Sicherstellungs- oder Entlastungsassistenten oder
  - einem unter meiner Verantwortung stehenden nichtärztlichen Mitarbeiter.
2. **Ermächtigte Ärzte** | Die abgerechneten Leistungen wurden ausschließlich persönlich erbracht. Leistungen nachgeordneter Ärzte sind nicht enthalten.
3. **Mehrere Ärzte** | Beim Zusammenwirken mehrerer Ärzte in einem Fall besteht eine Übereinkunft mit den beteiligten Ärzten über die alleinige Abrechnung der Leistungen durch einen Arzt.
4. **Genehmigung** | Leistungen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen, wurden vom berechtigten Arzt persönlich erbracht.
5. **Vertretung** | Im Fall einer Vertretung von mehr als einer Woche wurde die Vertretung vorab der KV RLP mitgeteilt.
6. **Richtigkeit** | Die eingereichte Abrechnung ist sachlich richtig.
7. **EDV** | Alle Leistungen wurden durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen erst nach deren vollständiger Erbringung zur Abrechnung erfasst. Erteilte Aufträge wurden nicht überschritten. Es wurde ausschließlich eine zertifizierte Software angewendet.
8. **Arznei- und Heilmittel** | Zur Verordnung von Arznei- und/oder Heilmitteln wurden ausschließlich von der KBV zertifizierte Arzneimitteldatenbanken und Softwareversionen gemäß § 29 Abs. 3 und § 30 Abs. 6 BMV-Ä eingesetzt. Die entsprechende KBV-Prüfnummer wurde mittels KVDT übertragen.
9. **Labor** | Die abgerechneten Laborleistungen wurden in den eigenen Praxisräumen erbracht und die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien sowie die Durchführungsbestimmungen wurden beachtet. Ringversuchspflichtige Leistungen erhalten den Status „Zertifikat liegt vor“ in der Praxis-Software nur bei vorliegendem Zertifikat.
10. **Apparate** | Es wurden nur Leistungen abgerechnet, für die gemäß den allgemeinen Bestimmungen des EBM alle apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt wurden. Angaben zur Apparategemeinschaft:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genutzte Geräte in der Apparategemeinschaft

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name/Betriebsstättennummer der Apparategemeinschaft

11. **Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen** | Die für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37.2 EBM erforderlichen Voraussetzungen für eine Kooperation nach § 119b SGB V liegen vor.



## Angaben zu Assistenten

|  |                          |              |
|--|--------------------------|--------------|
| _____<br>Name des Weiterbildungsassistenten          | _____<br>in der Zeit von | _____<br>bis |
| _____<br>Name des Sicherstellungsassistenten         | _____<br>in der Zeit von | _____<br>bis |
| _____<br>Name des Entlastungsassistenten             | _____<br>in der Zeit von | _____<br>bis |
| _____<br>Name des nicht-ärztlichen Praxisassistenten | _____<br>NäPA-Nummer     |              |

## Angaben zur Praxisgemeinschaft

\_\_\_\_\_  
bei Praxisgemeinschaft: Betriebsstättennummer(n) des/der Praxispartner(s)

## Angaben zur Praxisvertretung (gilt auch für ermächtigte Ärzte)

|                          |              |   |  |
|--------------------------|--------------|---|--|
| _____<br>in der Zeit von | _____<br>bis | <input type="checkbox"/> Urlaub             | <input type="checkbox"/> Praxis geschlossen                |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Fortbildung        | <input type="checkbox"/> Praxis zeitweise geöffnet         |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Erkrankung         | <input type="checkbox"/> durch Kollegialvertretung geführt |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Entbindung         | <input type="checkbox"/> Praxis von Vertreter geführt:     |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Kindererziehung    | _____<br>Name des Vertreters                               |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Wehrübung          |  |
|                          |              | <input type="checkbox"/> Pflege Angehöriger |  |

Alle Vertretungen auch unter einer Woche innerhalb dieses Quartals sind anzugeben. Weitere Assistenten, Praxispartner und Vertretungen sind auf einem gesonderten Blatt dieser Sammelerklärung beizulegen.

## Auftrag

Hiermit erteile ich der KV RLP den Auftrag, die Rechnungslegung der von mir erbrachten Leistungen gegenüber den Sozialhilfeträgern in Deutschland an meiner Stelle durchzuführen.

Ich trage die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen, weil ich sie entweder selbst erfülle oder ich mich von deren Erfüllung persönlich überzeugt habe. Im letztgenannten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum ist die Unterschrift des Ärztlichen Leiters erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift(en)** des ausführenden Arztes