

Sammelerklärung zur Abrechnung für das Quartal 2/2019

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 angestelltem ärztlichen oder psychotherapeutischen Personal (von der KV RLP genehmigt),
 - von einer Weiterbildungs-, Sicherstellungs-, Entlastungs- oder Kennenlernassistenz (von der KV RLP genehmigt) oder
 - von unter meiner Verantwortung stehendem nichtärztlichen Personal.
2. **Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte** | Die abgerechneten Leistungen wurden ausschließlich persönlich erbracht. Leistungen nachgeordneter Ärztinnen und Ärzte sind nicht enthalten.
3. **Mehrere Ärztinnen und Ärzte** | Beim Zusammenwirken mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einem Fall besteht eine Übereinkunft mit den Beteiligten über die alleinige Abrechnung der Leistungen durch eine Ärztin oder einen Arzt.
4. **Genehmigung** | Leistungen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen, wurden von der berechtigten Ärztin oder dem 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-, Koordinations- und Versorgungsleistungen nach Kapitel 37 EBM** | Die für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37 EBM (Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä und der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V) erforderlichen Vereinbarungen mit der jeweiligen Einrichtung liegen vor.



Angaben zur Assistenz

_____ Weiterbildungsassistenz/Name	_____ in der Zeit von	_____ bis
_____ Sicherstellungsassistenz/Name	_____ in der Zeit von	_____ bis
_____ Entlastungsassistenz/Name	_____ in der Zeit von	_____ bis
_____ Kennenlernassistenz/Name	_____ in der Zeit von	_____ bis
_____ Nicht-ärztlichen Praxisassistenz/Name	_____ NäPA-Nummer	

Angaben zur Praxisgemeinschaft

bei Praxisgemeinschaft: Betriebsstättennummern der Praxispartnerinnen oder Praxispartner

Angaben zur Praxisvertretung (gilt auch für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte)

_____ in der Zeit von	_____ 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 geführt von:
		<input type="checkbox"/> Kindererziehung	_____ Name der Vertreterin oder des Vertreters
		<input type="checkbox"/> Wehrübung	
		<input type="checkbox"/> Pflege Angehöriger	

Alle Vertretungen auch unter einer Woche innerhalb dieses Quartals sind anzugeben. Weitere Assistenzen, Praxispartnerschaften 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 einer Partnerin oder eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum ist die Unterschrift der Ärztlichen Leiterin oder des Ärztlichen Leiters erforderlich.

Ort/Datum

Unterschrift(en) der ausführenden Ärztin oder des ausführenden Arztes