■ **FORMULAR**

KV RLP I HV Mainz I Postfach 25 67 I 55015 Mainz

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

BSNR _____

Praxisstempel

Sammelerklärung zur Abrechnung für das Quartal 4/2023

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.

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. **Ermächtigung** | Die abgerechneten Leistungen wurden ausschließlich persönlich erbracht. Leistungen nachgeordneter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nicht enthalten.

3. **Zusammenwirken** | Beim Zusammenwirken mehrerer Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Fall besteht eine Übereinkunft mit den Beteiligten über die alleinige Abrechnung der Leistungen durch eine Ärztin, einen Arzt, eine Psychotherapeutin und einen Psychotherapeuten.

4. **Genehmigung |** Leistungen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen, wurden von der berechtigten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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.

12. **Versorgungsumfang** | Ich stehe für die Versorgung meiner Patientinnen und Patienten 25 Stunden bzw. bei einem reduzierten Versorgungsauftrag entsprechend anteilig wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung. Zu den Sprechstundenzeiten gehören beispielsweise auch OP-Zeiten oder Zeiten für Haus- und Pflegeheimbesuche.
    ☐ Ich stehe für die entsprechenden Sprechstunden gemäß meinem Versorgungsauftrag aus folgendem Grund **nicht** zur Verfügung:

Angaben zur Assistenz: Weiterbildung/Sicherstellung/Entlastung/Kennenlernen

Nachname	Vorname	in der Zeit von/bis	Grund
Nachname	Vorname	in der Zeit von/bis	Grund

Grund:
1 Weiterbildung
2 Sicherstellung
3 Entlastung
4 Kennenlernen

Angaben zur nicht-ärztlichen Praxisassistenz

Nachname	Vorname	NäPA-Nummer

Angaben zur Praxisgemeinschaft

Betriebsstättennummern der Partnerin oder des Partners

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

Grund: **1** Urlaub **2** Fortbildung **3** Erkrankung **4** Entbindung **5** Kindererziehung **6** Wehrübung **7** Pflege Angehöriger

in der Zeit von/bis	Grund		
		☐ Praxis geschlossen	☐ Kollegialvertretung
		☐ Praxis zeitweise geöffnet	☐ Praxis geführt von:
in der Zeit von/bis	Grund		
		☐ Praxis geschlossen	☐ Kollegialvertretung
		☐ Praxis zeitweise geöffnet	☐ Praxis geführt von:
in der Zeit von/bis	Grund		
		☐ Praxis geschlossen	☐ Kollegialvertretung
		☐ Praxis zeitweise geöffnet	☐ Praxis geführt von:

Alle Vertretungen auch unter einer Woche innerhalb dieses Quartals sind anzugeben. Dabei sind sowohl externe als auch interne Vertretungen aufzuführen. 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