KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

FORMULAR

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

BSNR _____

Praxisstempel

Sammelerklärung zur Abrechnung für das Quartal 3/2026

für Institute/Krankenhäuser-Notfallabrechnungen/ Nichtvertragsärzte und -ärztinnen oder Ärztliche Bereitschaftspraxen

Erklärung

Wir bestätigen, dass die eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist und die abgerechneten Leistungen von Ärztinnen oder Ärzten oder nichtärztlichen Hilfspersonen unter ärztlicher Aufsicht entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation erbracht wurden.

Soweit wir genehmigungspflichtige Leistungen abgerechnet haben, bestätigen wir hiermit, dass die Ärztinnen und Ärzte, die diese Leistungen erbracht haben, uns gegenüber die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen zur Durchführung dieser Leistungen nachgewiesen haben. Des Weiteren bestätigen wir, dass die erforderlichen apparativen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen in unserem Hause vorhanden sind.

Bezogen auf die Qualitätssicherung bei Laborleistungen bestätigen wir, dass die internen und externen Maßnahmen hierzu entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt werden.

Ort/Datum	**Unterschrift(en)** der Krankenhausleitung oder des Nichvertragsarztes/der Nichtvertragsärztin oder einer rechtlichen Vertretung der Ärztlichen Bereitschaftspraxen