

Sammelerklärung

Quartal

[Vertragsarztstempel der Praxis]

BSNR									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fallzahl

Ich versichere/Wir versichern:

1. Die Abrechnung ist vollständig; die maßgeblichen Regelungen und Bestimmungen, besonders die des Sozialgesetzbuchs V, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und des Honorarverteilungsmaßstabs, der IT-Richtlinien der KV Nordrhein sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung wurden beachtet.

2. Die in Rechnung gestellten Leistungen habe(n) ich/wir selbst oder nichtärztliche Hilfskräfte unter meiner/unserer Aufsicht ausgeführt oder sie wurden von einem Vertreter (vgl. § 32 Ärzte-ZV) erbracht. Sofern ärztliche Assistenten und/oder angestellte Ärzte Leistungen erbracht haben, sind diese Ärzte durch die KV Nordrhein genehmigt. Alle Leistungen wurden an für alle beteiligten Ärzte genehmigten Standorten ausgeführt. Haben Vertreter/innen qualifikationsgebundene Leistungen erbracht, habe ich mich davon überzeugt, dass die Qualifikationsvoraussetzungen in der Person des Vertreters/der Vertreterin erfüllt waren.

Bitte gegebenenfalls ausfüllen:

	Tätigkeit in der Praxis	
Name des/der genehmigten Assistenten	von	bis

	Tätigkeit in der Praxis	
Name des/der angestellten Arztes/Ärzte	von	bis

	vertreten	
Name des/der Vertreters/Vertreter	von	bis

3. Die Abrechnungsvoraussetzungen sind erfüllt bzw. ich/wir habe(n) mich/uns von deren Erfüllung persönlich überzeugt
4. An folgenden Tagen war(en) ich/wir zum organisierten ärztlichen Notfalldienst eingeteilt und habe(n) die abgerechneten Leistungen persönlich oder durch einen Vertreter in eigener Praxis bzw. in einer von der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis erbracht:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

Ferner bestätige ich/bestätigen wir:

5. Für alle qualitätsgebundenen Leistungen liegen die erforderlichen Genehmigungen bzw. Nachweise im Rahmen der erfolgreichen Teilnahme an den Ringversuchen vor. Es wurden nur die Materialien (Serum und/oder Urin und/oder Liquor) abgerechnet, für die ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.
6. Die Befunderhebung für Untersuchungen des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.3 und 11.4 des EBM wurden durch mich persönlich erbracht.
7. In den Fällen, in denen mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall die Leistung erbracht haben, besteht Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Praxen, dass nur ich allein/nur die unterzeichnende Arztpraxis die Leistungen abrechne(t) und/oder ich allein der behandlungsführende Arzt bin.
8. Bei den Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, sind die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt worden. Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) habe ich an die KV Nordrhein weitergegeben.
9. Die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 EBM sind für alle Behandlungsfälle erfüllt.
10. Die eingesetzte Software ist zertifiziert.

Mir/Uns ist bekannt, dass Honorarrückforderungen seitens der KV Nordrhein entstehen, wenn die Abrechnung nicht den genannten Bestimmungen entspricht und/oder wenn durch die Beschäftigung eines nicht genehmigten Assistenten/Vertreters Leistungen abgerechnet wurden.

Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit der Erklärung mit der Folge, dass die KV Nordrhein die Abrechnung ablehnen kann.

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten (bei Berufsausübungsgemeinschaften ggf. eines Partners – ansonsten auf gesondertem Blatt – bzw. für ein Medizinisches Versorgungszentrum der ärztliche Leiter bzw. für Notfallpraxen der jeweils verantwortliche Arzt)