|  |  |
| --- | --- |
| **EndoProthetikZentrum:** |  |
| **Reg.-Nr.** | EPZ- |
| **Leiter des EndoProthetikZentrums:** |  |

**Selbsterklärung**

(gemäß Erhebungsbogen für EndoProthetikZentren, Kap. 2.7.1)

Die ausgefüllte und unterschriebene Selbsterklärung ist zu jedem Audit aktualisiert vorzulegen und Voraussetzung für die Zertifizierung.

In die nachfolgenden Lücken ist der Name des EndoProthetikZentrums / EndoProthetikZentrums der Maximalversorgung einzutragen.

      versichert, Dritten, insbesondere Kooperationspartnern, keine finanziellen oder sonstigen geldwerten Vorteile zukommen zu lassen, um diese in ihren Fachentscheidungen, insbesondere in ihren Diagnose-, Therapie-, Bezugs-, Verordnungs-, Zuweisungs- oder sonstigen heilberuflichen Entscheidungen zu beeinflussen.

Die Zusicherung nach Satz 1 umfasst insbesondere auch das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§§ 31 Abs. 1 MBO-Ä, § 73 Abs. 7 SGB V). Etwa bestehende Kooperationsverhältnisse von      , insbesondere mit niedergelassenen Ärzten über die Erbringung von Leistungen der vor- und / oder nachstationären Behandlung sowie etwaige Honorararztverträge, wurden auf eventuelle Verstöße gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt, ggf. unter Hinzuziehung rechtlicher Fachexpertise, überprüft und ergaben insoweit keinerlei rechtliche Bedenken.

      sichert zu, Kooperationsverhältnisse, die gegen die vorstehende Zusicherung verstoßen, auch während der Dauer, in der       berechtigt ist, Zertifikate und Zertifikatssymbole der EndoCert-Initiative („EPZ“ und / oder „EPZmax“) zu führen, nicht einzugehen.

      ist bekannt, dass eine falsche Zusicherung oder nachträgliche Verstöße gegen die vorstehende Zusicherung zum sofortigen Entzug des Zertifikats führen können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift Leiter EPZ / EPZmax |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Stempel und Unterschrift Geschäftsführer/Kaufm. Direktor |