

Zulassungsantrag zur Abgabe von Heilmitteln an Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 124 SGB V als

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Logopäde/Logopädin | <input type="checkbox"/> Staatlich anerkannte/r Sprachtherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> med. Sprachheilpädagoge/in | <input type="checkbox"/> Staatlich geprüfte/r Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in |

Anlass der Antragstellung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> erstmaliger Antrag | <input type="checkbox"/> Änderung der Rechtsform |
| <input type="checkbox"/> Verlegung der Praxis | <input type="checkbox"/> Inhaberwechsel |
| <input type="checkbox"/> Wechsel des fachlichen Leiters | <input type="checkbox"/> Veränderung der Praxisräumlichkeiten |

Zulassung/Änderung beantragt zum: _____

Angaben zur Praxis

Institutionskennzeichen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, Etage

Postleitzahl, Ort

Tel./Fax

E-Mail

Bankverbindung (Name der Bank, BIC, IBAN)

Rechtsform der Praxis

Die Praxis, für die eine Zulassung beantragt wird, ist eine

- Einzelpraxis (natürliche Person)
- juristische Person (Gesellschaftsform): _____
- Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/interdisziplinäre Zusammenarbeit mit:

(Partner-Leistungserbringer mit Name und IK)

Angaben zum Praxisinhaber

Vor- und Zuname

Straße, Hausnummer (Privatanschrift bzw. Geschäftsadresse der Gesellschaft bei juristischen Personen oder Gesellschaften)

Postleitzahl, Ort

Tel./Fax

E-Mail

Sind weitere eigene Praxen vorhanden? Ja, IK _____ Nein

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes? Ja, Name _____ Nein

Angaben zum fachlichen Leiter

(Die Aufteilung der fachlichen Leitung im Jobsharing-Verfahren ist auf zwei Therapeuten begrenzt)

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Berufsabschluss

- Die fachliche Leitung trägt die fachliche Verantwortung für Qualitätssicherung sowie dafür, dass die Patienten auf dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse ordnungsgemäß und qualifiziert auf Basis der ärztlichen Verordnung durch entsprechend qualifiziertes therapeutisches Fachpersonal behandelt werden.
- Die regelmäßige Wochenarbeitszeit der fachlichen Leitung umfasst mindestens 30 Stunden.

Angaben bei einer Praxisverlegung

Alte Praxisadresse

Neue Praxisadresse

Institutionskennzeichen

Name der Praxis

Straße, Hausnummer, Etage

Postleitzahl, Ort

Tel./Fax

E-Mail

Bankverbindung (Name der Bank, BIC, IBAN)

Fachlicher Leiter

Öffnungszeiten der Praxis

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

- Die Praxis ist für mindestens 30 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte geöffnet.

Folgende Heilmittel sollen abgegeben werden

- Atemtherapie
- Sprachtherapie
- Stimmtherapie

- Sonstiges _____
bitte definieren

Praxisausstattung

Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

Allgemeine Anforderung

	Ja	Nein
Die Praxis ist öffentlich zugänglich, in sich abgeschlossen und von anderen Praxen und Bereichen, die nicht auf die Abgabe von Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der jeweiligen Heilmitteldisziplin ausgerichtet sind sowie von privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist behindertengerecht zugänglich, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Toilette und ein Handwaschbecken und die Möglichkeit zur Handdesinfektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Verbandskasten für erste Hilfe ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine entsprechende Patientendokumentation geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Räumliche Mindestvoraussetzungen

	Ja	Nein
Die Praxis besteht aus mindestens einem Behandlungsraum mit einer Therapiefläche von mindestens 20 qm. Jeder weitere Behandlungsraum umfasst mindestens 12 qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume und Angabe der Raumgröße : Behandlungsraum: Raum 1: ____ qm Raum 2: ____ qm Raum 3: ____ qm Raum 4: ____ qm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede weitere gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein zusätzlicher Behandlungsraum von mindestens 12 qm erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlungsräume sind <u>keine</u> Durchgangsräume. Wenn doch, Begründung: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Von einer Begründung kann abgesehen werden, wenn sich hinter den Behandlungsräumen/Behandlungsbereichen) ausschließlich Räume befinden, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.)		

Die Höhe der Behandlungsräume bzw. -bereiche beträgt durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

Ja Nein

Es ist ein Artikulationsspiegel vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z. Bsp. Liege, Matte) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist Diagnostikmaterial vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist therapeutisches Bild- und Spielmaterial vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Material zu auditiven, visuellen, taktilen und taktilkinästhetischen Wahrnehmungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine technische Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme und Sprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzausrüstung

Ja Nein

Es gibt ein Tasteninstrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein Reizstromgerät (für die Durchführung der Stimmtherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein Stimmfeldmessgerät (auch als APP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Computer/Tablet für den therapeutische Einsatz inklusive spezieller Software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben

Ja Nein

Gehören zur Praxis externe Räume bzw. Einrichtungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

Werden Mitarbeiter beschäftigt? Ja Nein

Erbringen Sie selbst Heilmittelleistungen in der Praxis? Ja Nein

Anzahl der aktuellen Mitarbeiter _____
 (inklusive der fachlichen Leitung und der/des Inhabers)

Bitte führen Sie die Namen Ihrer MitarbeiterInnen (inklusive der fachlichen Leitung und/oder der/des Inhaber/s) nachstehend auf und benennen Sie die Art des Mitarbeiterstatus (geringfügig angestellt, fest angestellt, freie MitarbeiterIn) sowie die wöchentliche Stundenanzahl. Fügen Sie Ihrem Antrag außerdem eine Kopie der Berufsurkunde und sämtliche Zertifikate bei. Veränderungen des Mitarbeiterbestandes sind gemäß den Rahmenverträgen fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o.a. Punkte mitzuteilen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beschäftigt ab	Beruf/Qualifikation	Wöchentl. Arbeitszeit

Bestätigung über die abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung

- Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir zum Schutze meiner/unser Patienten eine Berufs-Haftpflichtversicherung

bei der Versicherung: _____

mit der Versicherungs-Nr.: _____ ab _____ abgeschlossen habe/n.

- Ich/Wir erkläre/n ausdrücklich, dass außer mir/uns auch die bei mir/uns tätigen Mitarbeiter und alle in meinem/unseren Besitz befindlichen med. Geräte der o. g. Versicherungsgesellschaft gemeldet wurden.
- Neu hinzukommende Mitarbeiter und med. Geräte werde/n ich/wir sofort der Versicherungsgesellschaft melden.

Die abgeschlossenen Deckungssummen sind:

für Personenschäden: _____ Euro

für Sachschäden: _____ Euro

für Vermögensschäden: _____ Euro

- Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass nach den Zulassungsvorschriften für die Dauer der Kassenzulassung der Abschluss einer Berufs-Haftpflichtversicherung vertraglich vorgeschrieben ist.
- Die Beendigung bzw. Unterbrechung der Berufs-Haftpflichtversicherung melde ich sofort den Krankenkassenverbänden. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

Bestätigung über die Anmeldung der Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt)

- Weiterhin bestätige ich, dass ich meine Praxis bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt) an bzw. umgemeldet habe.

Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft

- Ich bestätige ebenfalls, dass ich meine Praxis bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege (BGW), Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg.) an bzw. umgemeldet habe.

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Erklärungen des Antragstellers

- Die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) ist mir/uns bekannt und die Vorgaben des Arbeitsstättenrechtes werden beachtet.

- Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen. Über alle Änderungen werde(n) ich/wir die Krankenkassenverbände unverzüglich schriftlich informieren.

- Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben die IKK gesund plus berechtigt, die erteilte Zulassung gem. § 124 Abs. 1 SGB V zu überprüfen und ggf. zu widerrufen (§ 124 Abs. 6 SGB V).

- Die Bestimmungen der §§ 45 Abs. 2 Nr. 2 SGB X und 47 Abs. 1 SGB X sind mir/uns bekannt.

- Die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten als Leistungserbringer durch die IKK gesund plus (IKK), auch in ihrer Funktion als Landesverband und über die Ihnen zustehenden Rechte gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen.
(Link: <https://www.ikk-gesundplus.de/leistungserbringer/datenschutz/>)

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Bitte reichen Sie uns für die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen folgende Unterlagen ein:

- ✓ Berichtsbogen
- ✓ Anerkenniserklärung zum Rahmenvertrag
- ✓ Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung vom fachlichen Leiter
- ✓ Nachweis der Vollbeschäftigung der fachlichen Leitung (Arbeitsvertrag etc.)
- ✓ Berufsurkunden und ggf. vorhandene Zertifikate der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- ✓ Skizze der Praxisräumlichkeiten - Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis an, wie groß die einzelnen Räume sind (Angabe Quadratmeterzahlen) und wofür die einzelnen Räume genutzt werden (z.B. Therapiebereich, Wartebereich, WC, etc.). Sollten sich in der Praxis Treppen oder Notausgänge befinden, so erläutern Sie bitte formlos, wie die Praxis an diesen Stellen abgetrennt wird, so dass nachvollziehbar wird, dass die Praxis in sich geschlossen ist.
- ✓ Nachweis über das Eigentum bzw. das Recht an der Praxisnutzung (Mietvertrag, Grundbuchauszug, etc.)
- ✓ Kopie der Anmeldung beim Gesundheitsamt
- ✓ Kopie des Betriebshaftpflicht-Versicherungsvertrages – Bitte darauf achten, dass die Praxis als Risikoort namentlich benannt ist
- ✓ Kopie der Anmeldung zur Berufsgenossenschaft
- ✓ Bei Personengesellschaften bitte den GbR-Vertrag, Gesellschaftervertrag oder Auszug aus dem Handelsregister einreichen