

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in | <input type="checkbox"/> Masseur/-in          |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnast/-in  | <input type="checkbox"/> med. Bademeister/-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 Abgabeberechtigungen sind vorhanden:  
(bitte entsprechende Zertifikate einreichen)

- Manuelle Therapie   
  Manuelle Lymphdrainage   
  Bobath Erwachsene  
 Bobath Kinder   
  PNF   
  Vojta Erwachsene  
 Vojta Kind   
  KG-Gerät

### Praxisausstattung

Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2Nr. 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 (großer Behandlungsraum) und zwei Behandlungsbereichen (mindestens 6 qm) mit je einer Behandlungsliege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind ausschließlich Masseure und medizinische Bademeister in der Praxis tätig. Die Praxis besteht aus zwei Behandlungsbereichen (mindestens 6 qm) mit je einer Behandlungsliege sowie einem weiteren Behandlungsbereich für die Durchführung von Übungsbehandlungen. Der Behandlungsbereich beträgt mindestens 15 qm sofern Übungsbehandlungen als Gruppenbehandlungen angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume sowie Behandlungsbereiche und Angabe der Raumgröße :		
<b>Behandlungsraum:</b>		
Raum 1: ____ qm      Raum 2: ____ qm		
Raum 3: ____ qm      Raum 4: ____ qm		
<b>Behandlungsbereich:</b>		
Raum 1: ____ qm      Raum 2: ____ qm		
Raum 3: ____ qm      Raum 4: ____ qm		

Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf zwei gleichzeitig tätige Vollzeit-Therapeuten ausgerichtet. Für jeden zusätzlich gleichzeitig tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum oder Behandlungsbereich erforderlich.		
In den Behandlungsbereichen hat der Therapeut auf drei Seiten um die höhenverstellbare Behandlungsliege ausreichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindestdiefe von 1m zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behandlungsräume oder Behandlungsbereiche 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.)		
Sofern gerätegestützte Krankengymnastik von Physiotherapeuten/Krankengymnasten durchgeführt wird, ist innerhalb der Praxis ein zusätzlicher Behandlungsbereich von mindestens 30 qm vorzuhalten. Werden neben der Gerätemindestausstattung weitere Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Platzbedarf jeweils um 6 qm je Gerät. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von 1 Meter erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Höhe der Behandlungsräume bzw. -bereiche beträgt durchgehend mindestens 2,50 m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt trittsichere (Klasse der Rutschhemmung R9 oder höher), fugenarme, leicht zu reinigende und desinfizierbare Fußböden (kein Teppichboden) im Behandlungstrakt, rutschhemmenden Belag in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen. Im Nassbereich ist rutschhemmender Belag (Klasse der Rutschhemmung R11 oder höher) sowie ausreichende Bodenentwässerung vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wände in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen sind glatt und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht in jedem Behandlungsraum bzw. -bereich die Möglichkeit zur Handdesinfektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Sitzgelegenheit für den Patienten und eine ausreichende Kleiderablage in jedem Behandlungsraum bzw. -bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ein separater Arbeitsbereich mit der entsprechenden Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen (Klasse der Rutschhemmung R11 oder höher) vorhanden. Soweit wieder verwendbare medizinische Wärmepackungen eingesetzt werden, ist ein zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser installiert.  (Sind in der Praxis ausschließlich Masseur oder medizinische Bademeister tätig, ist dieser separate Arbeitsbereich verpflichtend vorzuhalten.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt einen Vorrats- und Abstellbereich bzw. Keller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

**Grundausrüstung (Pflichtausstattung)**

**Ja      Nein**

Es gibt zwei höhenverstellbare Behandlungsliegen; diese sind von mindestens drei Seiten zugänglich. Zusätzlich ist eine zusammenklappbare, transportable Behandlungsliege für Hausbesuche oder die Behandlung im großen Behandlungsraum vorhanden. Für jede Behandlungsliege ist geeignetes Lagerungsmaterial (z. Bsp. Nacken- und Knierolle) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein Gerät für Wärmeanwendungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Kurzzeituhr je Behandlungsraum bzw. -bereich ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen, in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern, vorhanden. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der vom Behandler abzustellen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Geräte zur Durchführung von Krankengymnastik werden vorgehalten?		
• Sprossenwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Übungsgeräte (z.B. Gymnastikbänder, Gymnastikbälle, Keulen, Stäbe, Therapiekreisel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Therapiematten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gymnastikhocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Geräte zur Abgabe von Wärmetherapie. Welche: _____ Sofern ausschließlich Masseure oder medizinische Bademeister in der Praxis tätig sind, muss zusätzlich ein weiteres großes transportables Wärmebestrahlungsgerät sowie ein elektrisches Wärmegerät, das eine Desinfektion der Packungsmasse gewährleistet oder ein geprüftes Spezialerwärmungsgerät vorhanden sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt technische Möglichkeiten für die Eisenanwendung (Kryotherapie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken in ausreichender Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zusatzausstattung**

**Ja      Nein**

<p><b>Unterwasserdruckstrahlmassage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l bis zum Überlauf, einer Aggregatleistung von mindestens 100l/min., einer Druck- und Temperaturmesseinrichtung und Haltegriffen für trittsicheren Einstieg des Patienten</li> <li>• Die elektrischen Anlagen sind nach den Bestimmungen für das Einrichten elektrischer Anlagen in medizinisch genutzten Räumen zu installieren</li> <li>• Je Wanne ein Behandlungsraum; die Wanne muss von drei Seiten zugänglich sein und um sie eine ausreichende Bewegungsfläche (mindestens 1 m Tiefe) haben</li> <li>• Je Wanne ist eine Ruheliege vorzuhalten</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Elektrotherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Gerät zur Durchführung von Elektrobehandlungen (Mittel- und Niederfrequenzbereich, z. B. Reizstrom, Interferenzstrom, diadynamischer Strom) vorhanden.</li> <li>• Zur Abgabe hydroelektrischer Vollbäder ist eine Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l, 6 bis 9 stabilen und/oder beweglichen Elektroden, einer Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperre sowie eine Temperaturmesseinrichtung erforderlich <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Je Wanne ein Behandlungsraum; die Wanne muss von drei Seiten zugänglich sein und um sie eine ausreichende Bewegungsfläche (mindestens 1 m Tiefe) haben</li> <li>○ Je Wanne ist eine Ruheliege erforderlich</li> <li>○ Führung eines Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch nach MPBetreibV</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Anlage zur Abgabe von Vierzellenbädern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezielle Teilbadewannen mit stabilen oder beweglichen Elektroden mit Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperre</li> <li>• Führung eines Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch nach MPBetreibV</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es können Kombinationsbadeanlagen (mit Wanneneinsatz zur Anpassung an das erforderliche Fassungsvermögen) eingesetzt werden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Medizinische Bäder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Säurebeständige Wanne mit einem Mindestfassungsvermögen von 200 l</li> <li>• Je Wanne ist ein Behandlungsraum (mind. 6 qm) erforderlich, der so zu bemessen ist, dass die Wanne von zwei Seiten zugänglich ist und um sie herum eine ausreichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindestdtiefe von 1 m zur Verfügung steht.</li> <li>• Die Wanne ist von mindestens zwei Seiten zugänglich.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je Wanne ist eine Ruheliege erforderlich.</li> </ul>		
<p><b>Gashaltige Bäder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohlendioxidbäder: es ist ein Kohlendioxidimprägnier-apparat und/oder chemische Präparate vorhanden.</li> <li>• Sauerstoffbäder: es ist ein Verteilerrost für Sauerstoffbäder aus der Stahlflasche und/oder chemische Präparate vorhanden.</li> <li>• Kohlendioxidgasbäder: es ist ein Kabinengehäuse oder eine spezielle Kohlendioxid-Gas-Badewanne, ein Dampfanschluss (oder ein Kleindampferzeuger), ein Gasmengen-Messgerät und eine Absaugvorrichtung für die Gasabführung ins Freie vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Gerät zur Durchführung von Traktionsbehandlungen (Extensionen) für die Hals- und Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Inhalation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geeignete Sole- und Medikamentenvernebler für die Abgabe von Raum- oder Apparate-Inhalationen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Einrichtung zur Abgabe von Wärmetherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultraschallwärmetherapiegerät mit einer Frequenz von 1000 - 3000 kHz</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Chirogymnastik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standfeste Spezialbehandlungs-liege mit den Konstruktions-merkmalen der „Original-Chirogymnastik-Bank“; die Liege ist in einem gesonderten Behandlungsraum (mind. 8 qm) aufgestellt, in dem rund um die Liege eine ausreichend freie Bewegungsfläche (Mindesttiefe 1 m) vorhanden ist.</li> <li>• Die Liege muss von allen Seiten zugänglich sein</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Übungsbehandlungen im Wasser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist eine Schmetterlingswanne für die Abgabe von Einzelbehandlungen oder/und ein Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlungen (Wasser-oberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindestens 3 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) nebst den Erfordernissen entsprechende Haltestange(n) und einer trittsicheren, gut begehbaren Einsteigertreppe sowie ggf. einer Patientenhebevorrichtung vorhanden.</li> <li>• Zusätzlich ist eine Dusche vorhanden</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Krankengymnastik im Wasser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung und/oder</li> <li>• Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasser-oberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindesten 3,00 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m)</li> <li>• den Erfordernissen entsprechende Haltestange(n)</li> <li>• trittsichere, gut begehbare Einsteigertreppe</li> <li>• ggf. eine Patientenhebeeinrichtung</li> <li>• Dusche</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Gerätegestützte Krankengymnastik</b>		
a) Universalzugapparat, doppelt (zwei Universalzugapparate nebeneinander im Abstand von ca. 1 Meter angeordnet als Möglichkeit zum gleichzeitigen Training beider Körperhälften) mit Trainingsbank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Funktionsstemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Winkeltisch oder hinterer Rumpfheber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vertikalzugapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zubehör je Zugapparat: Fußmanschette oder Fußgurt, Handmanschette oder Handgurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelne oder alle unter Buchstabe a) bis d) genannten Geräte können durch ein oder mehrere Kombinationsgeräte ersetzt werden, wenn die entsprechenden Funktionen durch das Kombinationsgerät ersetzt werden. Weitere Voraussetzung zur Nutzung von Kombinationsgeräten ist, ausreichend Therapiefläche um eine ordnungsgemäße Benutzung der Kombinationsgeräte sicherzustellen; zudem muss eine ausreichende Zahl an Kombinationsgeräten vorhanden sein, um Gerätegestützte Krankengymnastik auch als Gruppentherapie mit bis zu 3 Teilnehmern abgeben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte entsprechen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie unter die Bestimmungen dieses Gesetzes fallen. Ebenso werden die Medizinprodukte-Betriebsverordnung (MPBetriebV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung beachtet.

**Sonstige Angaben**

**Ja      Nein**

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

### 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/unsere 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/unsere 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