

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

Podologe/Podologin

med. Fußpfleger/in

### **Anlass der Antragstellung**

erstmaliger Antrag

Änderung der Rechtsform

Verlegung der Praxis

Inhaberwechsel

Wechsel des fachlichen Leiters

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.

### 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 einem Behandlungsbereich. Der Behandlungsbereich ist so bemessen, dass dem Therapeuten auf der Fußseite des höhenverstellbaren Patientenstuhls ausreichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindestdiefe von 1 m zur Verfügung steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzlich ist eine Sitzgelegenheit für den Therapeuten vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume und Angabe der Raumgröße : <b>Behandlungsraum:</b> Raum 1: ____ qm    Raum 2: ____ qm    Raum 3: ____ qm		
Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Behandlungsraum Behandlungsbereich vorhanden.	<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"/>
In den Behandlungsräumen bzw. -bereichen sind trittsichere (R9 oder höher), fugenarme, leicht zu reinigende und zu desinfizierbare Fußböden vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Behandlungsräumen bzw. -bereichen gibt es glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Behandlungsraum bzw. -bereich besteht die Möglichkeit zur Handdesinfektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Schrank zur Aufbewahrung der erforderlichen Materialien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe sowie Mundschutz ist in ausreichender Zahl vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage für den Patienten in den jeweiligen Behandlungsbereichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsausstattung für den Hausbesuch ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Hygienebereich ist vorhanden: Sammelplatz getrennt von Behandlungs- und Wartebereich für im Zusammenhang mit der Therapie entstandenen Abfall und zur Aufbereitung gebrachter Instrumente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Möglichkeit zur Fußwaschung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Grundausrüstung (Pflichtausstattung) je Behandlungsbereich**

**Ja      Nein**

Es gibt ein Fräsgerät mit Staubabsaugung oder Nasstechnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen höhenverstellbaren Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Leuchte mit Lupe oder eine Lupenbrille mit Beleuchtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Behälter jeweils für Tupfer, Tamponade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt fünf desinfizierte Instrumentensätze bestehend mindestens aus Hautzange, Nagelzange, Schere, Skalpell, Pinzette, Sondierinstrument sowie Schleif- und Fräskörper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Entsorgungsbehälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hygieneanforderungen**

**Ja      Nein**

Die Sterilisation der Instrumentensätze wird durch einen Dampfsterilisator (Autoclav) sichergestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die jeweils gültigen Hygieneanforderungen der Länder werden eingehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Hygieneplan der die Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt, welcher vom gesamten Personal unterschrieben wird.	<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"/>
--	--------------------------	--------------------------



### **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