

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

AOK Bayern
Zentrale

AntragstellerIn/InhaberIn oder Betreiber:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Fachliche Leitung (falls abweichend):

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift:

Straße, Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____ E-Mail _____

Name der Praxis _____ Internetadresse _____

Sonstige Angaben:

Institutionskennzeichen (IK) _____ VPT ZVK IFK PVS Sonstigen: _____ keinen
Mitglied im Berufsverband

Beantragter Zulassungsbeginn _____ Öffnungszeiten der Praxis _____

selbst Abrechnungsstelle - Name: _____

Abrechnungsform _____

nein ja - IK-Nr.: _____

weitere eigene Praxen vorhanden _____

Die Praxis, für die eine Zulassung beantragt wird, ist

- Einzelunternehmen (= natürliche Person)
- Personengesellschaft (z. B. GbR; verpflichtend, wenn ein Inhaber fachfremd in jeglichem Heilmittel-Bereich ist)
- eine juristische Person (z. B. GmbH; verpflichtend, wenn ein Inhaber fachfremd in jeglichem Heilmittel-Bereich ist): _____
- eine Gemeinschaftspraxis mit _____
- eine Praxisgemeinschaft mit _____
- Sonstiges (genaue Bezeichnung): _____

In der Praxis werden folgende Therapeutinnen/Therapeuten beschäftigt (**bitte auch InhaberIn und ggf. fachliche Leitung eintragen**):

Name, Vorname	Geburtsdatum	beschäftigt ab	Festanstellung	freie Mitarb.	wö. Arbeitszeit	Beruf M/P**	Zusatzqualifikation

**M=Masseur und/oder Medizinischer Bademeister; P=Physiotherapeut

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mindestanforderungen zur Praxisausstattung

- Die Praxis ist in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt ja nein
- Die Praxis ist behindertengerecht zugänglich (nicht zwingend erforderlich) ja nein
- Ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten ist vorhanden ja nein
- Toilette und Handwaschbecken sind vorhanden ja nein
- Patientendokumentationen werden geführt ja nein
- Verbandskasten für erste Hilfe ist vorhanden ja nein

Räumliche Mindestanforderungen

Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen und höchstens eine Vollzeit-Fachkraft ausgerichtet. Für jede weitere gleichzeitig tätige Fachkraft (KrankengymnastIn) ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm oder 2 Behandlungskabinen erforderlich, für jeden zusätzlichen und gleichzeitig tätigen MasseurIn sind 2 Behandlungskabinen von jeweils mind. 6 qm nachzuweisen.

- Die Nutzfläche umfasst mindestens 50 qm ja _____ qm nein
- Die Therapiefläche umfasst mindestens 32 qm; diese teilt sich wie folgt auf: ja _____ qm nein
- die Therapiefläche in einem abgeschlossenen Raum (mit festen Wänden und Türe) umfasst mindestens 20 qm ja _____ qm nein
- mindestens 2 Behandlungsräume (Kabinen) mit mindestens je 6 qm und Behandlungsbänken sind vorhanden ja nein
- Die Behandlungsräume bestehen aus festen Wänden oder im Boden verankerten Stellwänden (im Zutrittsbereich zu den Kabinen können Vorhänge verwendet werden, die abwaschbar sind) ja nein
- In den Behandlungsräumen ist eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage vorhanden ja nein
- Ein Einblick in die Behandlungsräume ist nicht möglich; die ordnungsgemäße Behandlung der Patienten ist gewährleistet ja nein
- Die Raumhöhe beträgt durchgehend mindestens 2,50 m - lichte Höhe - ja _____ m nein
- Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar ja nein
- Die Fußböden im **Behandlungstrakt** sind trittsicher, fugenarm und desinfizierbar ja nein
- Im Behandlungstrakt ist für den Behandler ein Handwaschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser vorhanden ja nein
- Im Nassbereich ist ein rutschhemmender Belag und eine ausreichende Bodenentwässerung vorhanden ja nein
- Im Nassbereich wurde mindestens bis zu einer Höhe von 2,50 m gefliest ja nein
- Vorrats- und Abstellraum ist vorhanden ja nein

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | |
|---|---|
| Zwei Behandlungsliegen in getrennten Behandlungsräumen; diese sind von mindestens drei Seiten zugänglich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Eine zusammenklappbare, transportable Behandlungsliege für Hausbesuche | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nacken- und Knieerolle für jede Behandlungsliege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gerät für Wärmeanwendung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Eine Kurzzeituhr je Behandlungsraum | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen, in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der vom Behandler abzustellen ist | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken in ausreichender Menge | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Geräte zur Durchführung der Krankengymnastik (Pflichtausstattung)

Folgende Geräte sind vorhanden:

- | | |
|--|---|
| Sprossenwand | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Übungsgeräte (z. B. Gymnastikbänder, -bälle, Keulen, Stäbe, Therapiekreisel) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Therapiematten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gymnastikhocker | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Spiegel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gerät zur Durchführung von Traktionsbehandlungen (Extensionen) für die Hals- und Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Technische Möglichkeiten für Eisanwendung (Kryotherapie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Zusatzausstattung für Unterwasserdruckstrahlmassage

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | |
|---|---|
| Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l bis zum Überlauf, Aggregatleistung von mindestens 100l/min. und einer Druck- und Temperaturmesseinrichtung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haltegriffe und trittsicherer Einstieg für Patienten gewährleistet | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Je Wanne eine Ruheliege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Je Wanne ein Behandlungsraum von mindestens 10 qm; die Wanne ist von drei Seiten zugänglich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Installation nach den Bestimmungen für das Einrichten elektrischer Anlagen in medizinisch genutzten Räumen (VDE 0107) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis: Es können Kombinationsbadeanlagen (mit Wanneneinsatz zur Anpassung an das erforderliche Fassungsvermögen) eingesetzt werden.

Zusatzausstattung für Ultraschall-Wärmetherapie

Folgendes Gerät ist vorhanden:

- | | |
|---|---|
| Ultraschallwärmetherapiegerät mit einer Frequenz von 800 - 3000 KHz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

Zusatzausstattung für Wärmepackungen

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

Separater Arbeitsbereich mit entsprechender Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen ja nein

Zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser (notwendig beim Einsatz von wiederverwendbaren medizinischen Wärmepackungen) ja nein

VDE-geprüftes elektrisches Wärmegerät, das eine Desinfektion der Packungsmasse gewährleistet (notwendig für Abgabe von Wärmepackungen) ja nein

VDE-geprüftes Spezialerwärmungsgerät (notwendig für Abgabe von Einweg-Moorpackungen - ascend) ja nein

Zusatzausstattung für Elektrotherapie

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

Geräte zur Durchführung von Elektrobehandlungen (Mittel- und Niederfrequenzbereich, z. B. Reizstrom, Interferenzstrom, diodynamischer Strom) ja nein

Niederfrequente galvanische Ströme mit definierten Impulsen (Dreieck-, Exponential- oder Rechteckimpuls) und Intervallen und der individuellen Anpassung der Reizparameter an den/die geschädigten Muskeln;
Erstellung einer Intensitäts-/Reizzeit-Kurve (notwendig zur Abgabe von **Elektrostimulation bei Lähmungen**) ja nein

Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l, 6 bis 9 stabilen und/oder beweglichen Elektroden, einer Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung sowie einer Temperaturmessenrichtung (notwendig zur Abgabe **hydroelektrischer Vollbäder**) ja nein

Je Wanne eine Ruheliege ja nein

Je Wanne ein Behandlungsraum von mindestens 10 qm; die Wanne ist von drei Seiten zugänglich ja nein

Spezielle Teilbadewannen mit stabilen oder beweglichen Elektroden, einer Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung (notwendig zur Abgabe von **Vierzellenbädern**) ja nein

Jeweils Bestandsverzeichnis und Gerätebuch nach MedGV ja nein

Zusatzausstattung für Chirogymnastik

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

Standfeste Spezialbehandlungsliege mit den Konstruktionsmerkmalen der „Original-Chirogymnastik-Bank“ ja nein

Die Liege ist in einem gesonderten Raum von mindestens 8 qm aufgestellt ja nein

Die Liege ist von allen Seiten zugänglich ja nein

Folgende Personen erfüllen die fachliche Qualifikation zur Abgabe von Chirogymnastik

Name, Vorname	Geburtsdatum	beschäftigt ab	Festanstellung	freie Mitarbeit	wöchentl. Arbeitszeit	Beruf/Zusatzqualifikation

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

Zusatzausstattung für Krankengymnastik im Wasser

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung ja nein
- Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasseroberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindestens 3 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) ja nein
- Den Erfordernissen entsprechende Haltestangen ja nein
- Trittsichere, gut begehbbare Einsteigtreppe ja nein
- Patientenhebeinrichtung ja nein
- Dusche ja nein

Zusatzausstattung für gerätegestützte Krankengymnastik

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- Ein zusätzlicher Raum (mit festen Wänden und Türe) von mindestens 30 qm ja nein
- Universalzugapparat, doppelt (zwei Universalzugapparate nebeneinander im Abstand von ca. 1 m, angeordnet als Möglichkeit zum gleichzeitigen Training beider Körperhälften) mit Trainingsbank ja nein
- Funktionsstemme ja nein
- Winkeltisch oder hinterer Rumpfbeher ja nein
- Vertikalzugapparat ja nein
- Zubehör je Zugapparat (Fuß-/Handmanschette, Fuß-/Handgurt) ja nein

Folgende Personen erfüllen die fachliche Qualifikation zur Abgabe von gerätegestützter Krankengymnastik

Name, Vorname	Geburtsdatum	beschäftigt ab	Feststellung	freie Mitarbeit	wöchentl. Arbeitszeit	Beruf/Zusatzqualifikation

Hinweis: Werden darüber hinaus Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Raumbedarf jeweils um die Ausmaße des Gerätes zzgl. evtl. Raummehrbedarf während der Behandlung. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von 1 m erforderlich.

Zusatzausstattung für Inhalationen

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- Geeignete Sole- und Medikamentenvernebler für die Abgabe von Raum- oder Apparat-Inhalationen ja nein

Zulassungsantrag - Krankengymnastik/Physiotherapie

Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte müssen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen, soweit sie unter die Bestimmungen dieses Gesetzes fallen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.

Es erfolgt keine sozialversicherungsrechtliche Beurteilung im Rahmen der Zulassungsbearbeitung bzw. im Rahmen der Bearbeitung einer Abgabe- bzw. Abrechnungsbefugnis.

Weitere Informationen (Verträge, Zulassungsempfehlungen etc.) können Sie auch im Internet unter folgender Adresse abrufen:

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/heilberufe>

Neben dem ausgefüllten und unterschriebenen Zulassungsantrag sind noch folgende Unterlagen erforderlich und liegen als Anlage bei:

- Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung inkl. evtl. Nachweise über Fortbildungen bzw. Zusatzausbildungen (ggf. auch für weitere MitarbeiterInnen) - **bitte nur beglaubigte Kopien einreichen**
- Nachweis über das Nutzungsrecht an der Praxis (Eigentumsnachweis, Miet- oder Pachtvertrag)
- Nachweis über eine Haftpflichtversicherung
- Planskizze der Praxis mit Angaben über die Raumgrößen und -höhen
- Unterschriebener Verpflichtungsschein (Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Durchführung von Behandlungen in Massageeinrichtungen, medizinischen Badebetrieben und krankengymnastischen Einrichtungen), ggf. auch durch die fachliche Leitung
- Ggf. Kopie des mit der fachlichen Leitung abgeschlossenen Arbeitsvertrages (inkl. Angabe der wöchentlichen/monatlichen Arbeitszeit)
- bei juristischen Personen bzw. Personengesellschaften eine Kopie des Gesellschafts-/Partnerschaftsvertrages sowie einen Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister
- evtl. Aufstellung der Ausbildungs- und Berufszeiten

Sobald sich Änderungen ergeben, werden diese umgehend an die zulassende Stelle gemeldet.

Der aktuelle Rahmenvertrag und die Leistungsbeschreibung Krankengymnastik sind mir bekannt; ebenso, dass falsche Angaben zum Widerruf der Zulassung führen.

Die Anlage zu diesem Zulassungsantrag habe ich zur Kenntnis genommen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Inhaber

_____ Datum

_____ ggf. Unterschrift fachliche Leitung

Hinweis:

Bitte melden Sie Ihre Praxiseröffnung auch bei folgenden Einrichtungen:

- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern, Arnulfstr. 201a, 80634 München, Tel.: 089 552551-0
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pappelallee 35 - 37, 22089 Hamburg
- örtlich zuständiges Gesundheitsamt