

Zulassungsantrag - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

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	Feststellung	freie Mitarb.	wö. Arbeitszeit	Beruf M/P**	Zusatzqualifikation

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

Zulassungsantrag - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

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 sind mindestens zwei weitere Behandlungsräume (Kabinen) erforderlich.

- Die Nutzfläche umfasst mindestens 50 qm ja _____ qm nein
- Mindestens 4 Behandlungsräume (Kabinen) mit mindestens 6 qm sind vorhanden ja nein
- Mindestens einer dieser Behandlungsräume ist für die Abgabe von Bewegungsübungen (Einzelbehandlung) ja nein
- Die Behandlungsräume bestehen aus festen Wänden oder im Boden verankerten Stellwänden (im Zutrittsbereich der Kabinen können Vorhänge verwendet werden, die abwaschbar sind) ja nein
- In den Behandlungsräumen ist eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage vorhanden ja nein
- Die Behandlungsräume sind so voneinander abgetrennt, dass kein Ausblick von außen möglich ist ja nein
- In den Behandlungsräumen sind glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände vorhanden 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, leicht aufzuwischen und/oder 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 - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Vier Behandlungsliegen in getrennten Behandlungsräumen; diese sind jeweils von 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 Knierolle für jede Behandlungsliege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drei große Wärmestrahlungsgeräte; eines davon transportabel | <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 |

Folgende Ausstattung für Abgabe von Wärmepackungen ist vorhanden:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Separater Arbeitsbereich mit entsprechender Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser (notwendig beim Einsatz von wiederverwendbaren medizinischen Wärmepackungen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| VDE-geprüftes elektrisches Wärmegerät, das eine Desinfektion der Packungsmasse gewährleistet (notwendig für Abgabe von Wärmepackungen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| VDE-geprüftes Spezialerwärmungsgerät (notwendig für Abgabe von Einweg-Moorpackungen - ascend) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Folgende Geräte sind für Bewegungsübungen 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 |

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.

Zulassungsantrag - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

Zusatzausstattung für Kryotherapie

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

Technische Möglichkeit für Eis Anwendung gegeben ja nein

Zusatzausstattung für Elektrotherapie

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

Geräte zur Durchführung von Elektrobearbeitungen (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 Stromausfallsperre sowie einer Temperaturmessenrichtung (notwendig zur Abgabe hydroelektrischer Vollbäder) ja nein

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

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	Feststellung	freie Mitarbeit	wöchentl. Arbeitszeit	Zusatzqualifikation

Zusatzausstattung für Inhalationen

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

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

Zulassungsantrag - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

Zusatzausstattung für Übungsbehandlungen im Wasser

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasseroberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindestens 3 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Den Erfordernissen entsprechende Haltestangen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Trittsichere, gut begehbare Einsteigtreppe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Patientenhebeinrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Dusche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Zusatzausstattung für medizinische Bäder

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Säurebeständige Wanne (von zwei Seiten begehbar) mit einem Mindest Fassungsvermögen von 200 l | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Wanne ist in einem Behandlungsraum von mindestens 6 qm | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Je Wanne wird eine Ruheliege vorgehalten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

Zusatzausstattung für gashaltige Bäder

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Kohlensäure-Imprägnierapparat und/oder chemische Präparate (notwendig zur Abgabe von Kohlensäurebädern) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kabinengehäuse oder eine spezielle Kohlendioxid-Gas-Badewanne, ein Dampfanschluss (oder ein Kleindampferzeuger), ein Gasmengen-Messgerät mit einer Absaugvorrichtung für die Gasabführung ins Freie (notwendig zur Abgabe von Kohlendioxidgasbädern) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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

Zusatzausstattung für Übungsbehandlungen in der Gruppe

Folgende Ausstattung ist vorhanden:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gesonderter, entsprechend eingerichteter Raum von mindestens 15 qm | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Zusatzausstattung für Ultraschall-Wärmetherapie

Folgendes Gerät ist vorhanden:

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

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.

Zulassungsantrag - Massagepraxen und medizinische Badebetriebe

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.

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

Der aktuelle Rahmenvertrag und die Leistungsbeschreibung Massage 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