Berichtsbogen – Podologische Praxis

zum Zulassungsantrag vom ____

Datum der Praxiseröffnung ____

☐ erstmaliger Antrag

☐ Verlegung

☐ Praxisübernahme von:

☐ Einzelpraxis

☐ Interdisziplinäre Praxis mit _____

☐ Praxisgemeinschaft mit _____

☐ Gemeinschaftspraxis mit _____

Angaben zur PRAXIS

_____

(Name, ggf. Rechtsform)

_____

(Straße, Hausnummer, Etage)

_____

(Postleitzahl, Ort)

_____

(Tel./Fax)

_____

(E-Mail)

_____

(Fachlicher Leiter)

Institutionskennzeichen: _____

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes? ☐ JA ☐ NEIN

ggf. Name des Berufsverbandes: _____

Stand: 01.01.2019

Angaben bei einer Praxisverlegung

Alte Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Name, ggf. Rechtsform _____

in: _____
(Straße, Hausnummer, Etage)

_____
(Postleitzahl, Ort)

Telefon/Fax _____

E-Mail: _____

Fachl. Leiter _____

Institutionskennzeichen: _____

1 Praxisausstattung

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

1.1 Allgemeine Anforderungen			JA	NEIN
Die Praxis ist für mindestens 30 Stunden je Woche für GKV-Versicherte geöffnet.			☐	☐
Montag	von	bis		
Dienstag	von	bis		
Mittwoch	von	bis		
Donnerstag	von	bis		
Freitag	von	bis		
Samstag	von	bis		
Die Praxis ist öffentlich frei zugänglich. (D. h. die Praxis befindet sich nicht auf zugangsbeschränkten Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule)			☐	☐
Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt.			☐	☐
Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere sachverwandte Leistungen außerhalb des Kataloges podologischer Leistungen nach der Heilmittel-Richtlinie angeboten werden (z. B. Prävention, Rehabilitation) ist gewährleistet, dass neben einer ungestörten Heilmittelabgabe, der Patient vor, während oder nach der Heilmittelabgabe die dafür separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss.			☐	☐
Die Praxis sowie im erforderlichen Umfang auch die Behandlungsräume *sind behindertengerecht zugänglich, um insbesondere* Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen.			☐	☐
Gibt es einen Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten?			☐	☐
Es gibt eine Toilette mit Handwaschbecken und Handdesinfektion.			☐	☐
Ein Verbandskasten für erste Hilfe ist vorhanden.			☐	☐
Soweit in der Praxis eingesetzte Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, entsprechen diese den Anforderun-			☐	☐

gen des MPG in der jeweils gültigen Fassung. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung werden beachtet.		

1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

Begriffsbestimmungen
Behandlungsraum
Behandlungsräume müssen aus festen Wänden bestehen, über eine Tür zugänglich sein, über mindestens ein Fenster verfügen und dürfen eine Größe von 8 qm nicht unterschreiten. Es ist sicherzustellen, dass kein Einblick möglich ist.

Das Weitere ergibt sich aus dem Nachfolgenden.

	JA	NEIN
Die Praxis verfügt über mindestens einen Behandlungsraum. Der Behandlungsraum ist so bemessen, dass dem Therapeuten auf der Fußseite des höhenverstellbaren Patientenstuhls ausreichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindesttiefe von 1 m zur Verfügung steht. Zusätzlich wird eine Sitzgelegenheit für den Therapeuten vorgehalten.	☐	☐
Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? Unbeachtlich sind Durchgangsräume zu Räumen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden	☐	☐
Für jeden zusätzlich gleichzeitig tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum vorhanden.	☐	☐
Die Höhe der Therapieräume beträgt durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	☐	☐
Die Fußböden (kein Teppichboden) in den Behandlungsräumen sind trittsicher (Klasse der Rutschhemmung R9 oder höher), fugenarm, leicht zu reinigen und zu desinfizieren.	☐	☐
Die Behandlungsräume bzw. -bereiche haben glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände.	☐	☐
Die Handdesinfektion ist in jedem Behandlungsraum bzw. -bereich gewährleistet.	☐	☐
Ein Schrank zur Aufbewahrung der erforderlichen Materialien ist vorhanden.	☐	☐
Einmalhandschuhe und Mundschutz sind in ausreichender Zahl vorhanden.	☐	☐
Behandlungsausstattung für den Hausbesuch ist vorhanden.	☐	☐

	JA	NEIN
Es gibt einen von Behandlungs- und Wartebereich getrennten Hygienebereich als Sammelplatz für im Zusammenhang mit der Therapie entstandenen Abfall und zur Aufbereitung gebrauchter Instrumente.	☐	☐
Die Möglichkeit zur Fußwaschung ist gegeben.	☐	☐

1.3 Grundausstattung (Pflichtausstattung)

	JA	NEIN
• Fräsgerät mit Staubabsaugung oder Nasstechnik • Höhenverstellbarer Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen • Leuchte mit Lupe oder Lupenbrille mit Beleuchtung • Behälter jeweils für Tupfer, Tamponade • Fünf sterilisierbare Instrumentensätze (Medizinprodukte) bestehend mindestens aus Hautzange, Nagelzange, Skalpell, Sondierinstrument sowie Schleif- und Fräskörper • Entsorgungsbehälter • Sterilisierbare Verbandschere • Sterilisierbare Pinzette sind vorhanden.	☐	☐

1.4 Hygieneanforderungen

	JA	NEIN
Die Sterilisation der Instrumentensätze durch einen Dampfsterilisator (Autoclav) ist sichergestellt. (Sofern die Sterilisation nicht in der eigenen Praxis vorgenommen wird, muss ein Nachweis über einen entsprechenden Vertrag mit einer Aufbereitungsstelle mit Hygienehinweis vorgelegt werden.)	☐	☐
Die jeweiligen Hygieneanforderungen der Länder werden eingehalten.	☐	☐
Ein vom gesamten Personal unterschriebener Hygieneplan, der die Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt liegt vor. (Dies gilt insbesondere bezogen auf hygienische Händedesinfektion und die Aufbereitung des Behandlungsraumes sowie der Instrumentenaufbereitung.)	☐	☐

1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

	JA	NEIN
Werden Mitarbeiter beschäftigt? Wenn ja, wie viele? _____	☐	☐

Bitte führen Sie die Namen Ihrer Mitarbeiter nachstehend auf und benennen Sie die Art des Mitarbeiterstatus (geringfügig angestellt, fest angestellt, freie Mitarbeiter). Fügen Sie Ihrem Antrag außerdem eine Kopie der Berufsurkunde bei. Veränderungen des Mitarbeiterbestandes sind gemäß den Rahmenverträgen fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o. a. Punkte der vdek-Landesvertretung mitzuteilen.

Name	Qualifikation	wöchentliche Arbeitszeit

2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen. Über alle zulassungsrelevanten Änderungen werde(n) ich/wir die vdek-Landesvertretung, die die beantragte Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich informieren. Eine maßstabsgerechte Raumskizze ist beigefügt.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben den vdek berechtigen, die erteilte Zulassung gem. § 124 Abs. 1 SGB V auch im Namen der KNAPPSCHAFT und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse zu überprüfen und ggf. zu widerrufen.

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

_____, den _____

_____
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Bestätigung über die abgeschlossene Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung

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

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 Rahmenverträgen für die Dauer der Kassenzulassung der Abschluss einer Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung vorgeschrieben ist.

Die Beendigung bzw. Unterbrechung der Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung melde ich sofort der vdek-Landesvertretung. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft und der Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt)

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 sowie der Aufsichtsbehörde (1) (Gesundheitsamt) gemeldet habe.

_____, den _____

_____
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

(1) Nicht erforderlich in Niedersachsen

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:
(Beachten Sie bitte die Besonderheiten bei Verlegung und Verkauf)

- Kopie der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung**[1] der fachlichen Leitung der Praxis.

- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.

- Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucke „**Anerkenntniserklärung**" und „**Berichtsbogen**".

- Eine **Planskizze der Praxis**. Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis die Fläche der einzelnen Räume/Bereiche in Quadratmetern sowie die Deckenhöhe an und wofür die einzelnen Räume/Bereiche genutzt werden (z.B. Behandlungsraum, Wartebereich, WC, etc.). Aus der Skizze muss die Aufstellung der vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände ersichtlich sein.

- **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).

- Eine **Kopie der Anmeldung der Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**[2] **(Gesundheitsamt) und der Berufsgenossenschaft.**

- **Nachweis einer Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung** (inkl. Risikoort und Deckungssummen).

- **Personengesellschaften und Juristische Personen:** Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister oder vergleichbare Nachweise[1].

- Bestätigung der ARGE IK, Sankt Augustin für das **Institutionskennzeichen** (Bei Verlegung bitte die ARGE IK informieren).

[1] Bei einer Praxisverlegung ist der erneute Nachweis nicht erforderlich.
[2] Nicht erforderlich in Niedersachsen.