Antrag auf Abgabe und Abrechnungserlaubnis von gerätegestützter Krankengymnastik (KG-Gerät)

Name, Vorname: .....

Praxisanschrift: .....

Tel.: .....

Fax: .....

IK-Nr.: .....

Voraussetzungen für gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät):

Zur Durchführung gerätegestützter Krankengymnastik, ist zusätzlich ein separater Raum von mindestens 30 qm vor zu halten. Werden neben der Gerätemindestausstattung weitere Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Raumbedarf jeweils um 6 qm je Gerät. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von 1 Meter erforderlich.

Die Raumgröße beträgt ..... qm.

Geräteausstattung:

..... Universalzugapparate (mindestens 2) im Abstand von ..... m (mindestens 1 m) mit

Trainingsbank.

..... Funktionsstemme(n) (**mindestens 1**);

..... Winkeltisch, ... hinterer Rumpfheber (**mindestens 1**);

..... Vertikalzugapparat (mindestens 1).

Zubehör je Zugapparate:

..... Fußmanschette(n), ... Fußgurt(e),

..... Handmanschette(n), ... Handgurt(e).

Zusätzliche Geräte: ……

……..

Teilen Sie diese Räumlichkeiten mit einer Fitnesseinrichtung? ☐ ja ☐ nein

Wird der vorhandene Raum für die gerätegestützte Krankengymnastik zusätzlich genutzt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, für folgende Tätigkeiten.....

MAT/MTT ..... ☐ ja ☐ nein

Rückenschulkurse o.ä. ..... ☐ ja ☐ nein

Anderweitige Kurse (Bitte angeben) ..... ☐ ja ☐ nein

Fitness..... ☐ ja ☐ nein

Die Betreuung erfolgt durch ...

- ausschließlich Physiotherapeuten ☐ ja ☐ nein
- ausschließlich Sportlehrer ☐ ja ☐ nein
- sowohl als auch ☐ ja ☐ nein

Ist eine kontinuierliche Betreuung der

GKV-Patienten gewährleistet? ☐ ja ☐ nein

Weitere Nutzung für .....

Die nachfolgend aufgeführten Krankengymnasten/Physiotherapeuten besitzen für die Abgabe von KG-Gerät den in beglaubigter Kopie beigelegten Fortbildungsnachweis (z.B. MAT, MTT):

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

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.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir nicht berechtigt bin/sind, vor Erteilung der Zulassung/ Zulassungsänderung gemäß § 124 SGB V durch den jeweiligen Krankenkassenverband in der Praxis, für die die Zulassung/ Zulassungsänderung beantragt wurde, vertragsärztliche Verordnungen für Versicherte der jeweiligen Krankenkassen anzunehmen, zu realisieren und abzurechnen.

Hiermit versichere ich/wir die Richtigkeit der o.g. Angaben.

.....
Datum, Unterschrift

.....
Praxisstempel