

Absender: _____

_____ IK der Praxis soweit bekannt

An: _____

Beigefügt erhalten Sie als Anlage zum Antrag nach § 124 SGB V folgende Unterlagen zur Prüfung:

(bitte entsprechenden Antragsgrund ankreuzen, ebenso alle mitgeschickten Unterlagen; ohne Vorlage aller erforderlicher Unterlagen kann keine abschließende Prüfung erfolgen; vor Erteilung der Zulassung dürfen keine Leistungen abgegeben und abgerechnet werden)

- Neuzulassung im Bundesland** _____ (bitte unbedingt angeben)
- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antragsbogen im ORIGINAL per Post übersandt
 - amtl. Beglaubigte Kopie / Abschrift der Berufsurkunde des fachlichen Leiters
 - ggf. Arbeitsvertrag des fachlichen Leiters (wenn nicht mit Antragsteller identisch)
 - Anerkenntniserklärung zu den Verträgen gemäß § 125 SGB V a.F.
 - Nachweis über den Abschluss einer Haftpflichtversicherung (Kopie Police) mit Angaben zu Versicherungsnehmer, Versicherungsbeginn, versichertem Risikos, Risikoorort (Sitz der Praxis) und der Deckungssummen für Personenschäden (i.d.R. mind. 1.500.000,- €), Sachschäden (i.d.R. mind. 1.000.000,- €) und Vermögensschäden (i.d.R. mind. 50.000,- €)
 - Institutionskennzeichen (Bestätigung / Nachweis der SVI)
 - Nachweis über das Nutzungsrecht an der betreffenden Praxis mittels Gewerbemiet-, Pacht- oder Untermietvertrag¹ mit Aussagen über die Vertragspartner, Mietbeginn, Mietobjekt, Mietzweck sowie mit Unterschriften der Vertragspartner, ggf. Übergabeprotokoll und Anlagen oder Eigentumsnachweis (bitte unbedingt auf Vollständigkeit der Unterlagen achten)
 - aussagefähige und bemaßte (Längen- und Breitenmaße) Skizze der gesamten Praxis (auch Türen und Fenster) mit qm-Angaben sowie Bezeichnung zur Nutzung der einzelnen Räume und Bezeichnung der Haupt-/ Grundausstattung (z. B. Liege, Handwaschbecken u. Ä.) mit Datum und Unterschrift des Antragstellers

Sofern Antragsteller eine juristische Person/Personengesellschaft, Partnerschaftsgesellschaft, BGB-Gesellschaft (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen):

- Kopie des aktuellen Gesellschafts-/Partnerschaftsvertrages
 - Kopie des Handelsregister-/Vereinsregister-/Partnerschaftsregisterauszuges
 - ggf. weitere Kopien von Urkunden und / oder Nachweise von Zertifikaten der Mitarbeiter
- Praxisverlegung im Bundesland** _____ (bitte unbedingt angeben)
- wie bei Neuzulassung (ggf. keine begl. Urkunde des Fachlichen Leiters, wenn dieser bleibt)
- Wechsel fachlicher Leiter im Bundesland** _____ (bitte unbedingt angeben)
- Seiten: 2,3 und 6 des Antragsbogens im ORIGINAL per Post übersandt
 - amtl. Beglaubigte Kopie / Abschrift der Berufsurkunde des fachlichen Leiters
 - ggf. Arbeitsvertrag des fachlichen Leiters (wenn nicht mit Antragsteller identisch)
 - Anerkenntniserklärung zu den Verträgen gemäß § 125 SGB V a.F.
- Zertifikatsanerkennung / Mitarbeitermeldung für Praxis IK** _____ (bitte unbedingt angeben)
- Berufsurkunde des Mitarbeiters (soweit nicht schon gemeldet)
 - Kopie des Nachweises der Zertifikatsleistung des Mitarbeiters

Die dem Deckblatt zum Antrag nach § 124 SGB V beigefügte Datenschutzinformation nach Art. 13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen. Ich habe meine Mitarbeiter, deren personenbezogene Unterlagen ich weitergebe, ebenfalls entsprechend informiert und die Datenschutzinformation zur Kenntnis gegeben.

Datum und Unterschrift des Antragstellers

¹ **Hinweis zu Untermietvertrag:** Bei Vorlage eines Untermietvertrages ist eine schriftliche Bestätigung des Vermieters über die Genehmigung zur Untervermietung vorzulegen

Berichtsbogen – Ergotherapeutische Praxis

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung Saarland

zum Zulassungsantrag vom: _____

Anlass der Antragstellung:

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> erstmaliger Antrag | <input type="checkbox"/> Verlegung |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Rechtsform | <input type="checkbox"/> Wechsel der fachlichen Leitung |
| <input type="checkbox"/> Praxisübernahme von: _____ | |

Angaben zum Antragsteller

(Name des Antragstellers/ Praxisinhabers)

(Firmen- bzw. Praxisnamen)

- Rechtsform:
- | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> natürliche Person (Einzelpraxis) | <input type="checkbox"/> juristische Person (GmbH, AG) |
| <input type="checkbox"/> Partnergesellschaft * | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Praxis * |
| <input type="checkbox"/> Gesellschaft bürgerlichen Rechts | |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis * | |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis * | |

* gemeinsam mit folgenden Leistungserbringern:

(Name, Berufsbezeichnung)

(Name, Berufsbezeichnung)

Sofern die Rechtsform eine jur. Person/ Personengesellschaft, Partnerschaftsgesellschaft, BGB Gesellschaft ist, bitte eine Kopie des aktuellen Gesellschafts-/ Partnerschaftsvertrages beifügen.

Angaben zur Praxis

Die Zulassung wird beantragt für folgende Praxis/ Praxissitz

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

(Tel./Fax)

(E-Mail)

Termin der **Eröffnung** der Praxis: _____

Termin der **Praxisverlegung**: _____

Termin Wechsel der **fachlichen Leitung**: _____

Institutionskennzeichen: _____

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes? Ja Nein

ggf. Name des Berufsverbandes: _____

Angaben zum fachlichen Leiter der Praxis:

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Qualifikation: Ergotherapeut(in)

Sonstiges: _____
(bitte genaue Berufsbezeichnung)

Nachweise über die persönlichen Anforderungen an den fachlichen Leiter (bitte vollständig beifügen)

- Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- Vollständiger Arbeitsvertrag, der die Übertragung der fachlichen Leitung an einen angestellten Therapeuten in der vorbenannten Praxis (Arbeitsort) belegt, einschließlich der wöchentlichen Arbeitszeit. (Sofern Praxisinhaber nicht fachlicher Leiter)

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 zugangsbeschränktem Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere sachverwandte Leistungen außerhalb des Kataloges ergotherapeutischer 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Wartebereich mit ausreichend Sitzgelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Toilette mit Handwaschbecken und Handdesinfektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Verbandkasten für erste Hilfe ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soweit in der Praxis eingesetzte Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, entsprechen diese den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung werden beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Therapiefläche

Die Therapiefläche ist die Fläche innerhalb eines Behandlungsraumes.

	JA	NEIN
<p>Die Praxis verfügt über eine Therapiefläche von mindestens 20 qm. Mindestens ein Behandlungsraum hat eine Therapiefläche von mindestens 12 qm.</p> <p>Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume und Angabe der Therapiefläche:</p> <p>Raum 1: qm Raum 2: qm Raum 3: qm</p> <p>Raum 4: qm Raum 5: qm Raum 6: qm</p> <p>(bitte vervollständigen und auf der beizufügenden Raumskizze einzeichnen)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? (Unbeachtlich sind Durchgangsräume zu Räumen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Für jeden zusätzlich <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm vorhanden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Die Höhe der Therapieräume beträgt durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)**JA NEIN**

Therapiematte oder Liege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstisch, adaptierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsstuhl, adaptierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkstisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutisches Spielmaterial für alle Altersstufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkzeug und Materialien für verschiedene Handwerkstechniken, wie z. B.:		
• Papp- und Papierarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Graphische Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modellierarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Textile Techniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Flecht- und Webarbeiten und/oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Holzarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorisches Übungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graphomotorisches Übungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Altershilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Zusatzausrüstung**JA NEIN**

Computerausrüstung für therapeutischen Einsatz ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schienenmaterial nach Bedarf ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausrüstung zur Durchführung von Assessment- und Screeningverfahren ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

JA NEIN

Werden Mitarbeiter beschäftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ARGE Heilmittelzulassung Saarland mitzuteilen.

Name	Berufsausbildung	wöchentliche Arbeitszeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen und in den beigefügten Anlagen den Tatsachen entsprechen. Über alle zulassungsrelevanten personellen/ sachlichen Änderungen (z.B. Praxisverlegung, künftige Erweiterung/Einschränkung des Abgabespektrums, Wechsel der fachlichen Leistung) werde(n) ich/wir die ARGE Heilmittelzulassung Saarland, 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 die ARGE Heilmittelzulassung Saarland berechtigt, die erteilte Zulassung zu überprüfen und ggf. zu widerrufen. Die Bestimmungen der §§ 45 Abs. 2 Nr. 2 und 47 SGB X sind mir/ uns bekannt.

Die Räumlichkeiten sind so ausgestattet, dass sie den sicherheitstechnischen Anforderungen des Landesamtes für Arbeitsschutz und der Berufsgenossenschaften entsprechen.

Mir/ uns ist bekannt, dass die Arbeitsgemeinschaft Zulassung Saarland zur Überprüfung der Angaben des Antrages auf Zulassung eine Praxisbegehung durchführen kann.

Mit der Anerkennung der gültigen Verträge über die Versorgung der Versicherten geht die Verpflichtung einher, sich über den jeweils aktuellen Vertragsstand zu informieren.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Stempel, sowie Name(n) u. Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Name(n) u. Unterschrift des fachlichen Leiters/ der fachlichen Leiterin

Bestätigung über die abgeschlossene Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir zum Schutze meiner/unserer 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 ARGE Heilmittelzulassung Saarland. 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 (Gesundheitsamt) gemeldet habe.

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

(

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

- Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung des Praxisinhabers/ fachlichen Leitung⁽¹⁾.
- Vollständiger Arbeitsvertrag, der die Übertragung der fachlichen Leitung an einen angestellten Therapeuten in der vorbenannten Praxis (Arbeitsort) belegt, einschließlich der wöchentlichen Arbeitszeit. (Sofern Praxisinhaber nicht fachlicher Leiter ist)⁽¹⁾.
- Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucke „Anerkenniserklärung“ und „Berichtsbogen“.
- Eine aussagefähige und bemaßte (Längen- und Breitenmaße) Planskizze der Praxis (auch Türen und Fenster) mit Datum und Unterschrift des Antragstellers. 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 mittels Miet-, Untermiet- oder Pachtvertrag mit Aussagen über die Vertragspartner, Mietbeginn, Mietobjekt, Mietzweck sowie mit Unterschriften der Vertragspartner oder Eigentumsnachweis.
- Eine Kopie der Anmeldung der Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (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 sowie eine Kopie des aktuellen Gesellschafts-/ Partnerschaftsvertrags⁽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.