

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 Untermietvertrag<sup>1</sup> 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**

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

# Berichtsbogen - Physiotherapeutische 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:  Physiotherapeut(in) / Krankengymnast(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 zugangsbeschränkten 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 physiotherapeutischer 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 Verbandskasten 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 darf eine Größe von 8 qm nicht unterschreiten. Es ist sicherzustellen, dass kein Einblick möglich ist. Das Weitere ergibt sich aus dem Nachfolgenden.

#### Behandlungsbereich

Der Behandlungsbereich muss bis in eine Höhe von 2 Metern durch feste Wände oder im Boden verankerten Stellwänden von anderen Bereichen/Räumen abgetrennt und der Zugang muss sichtgeschützt sein. Das Weitere ergibt sich aus dem Nachfolgenden.

#### Therapiefläche

Die Therapiefläche ist die Fläche innerhalb eines Behandlungsraumes oder –bereiches.

	JA	NEIN
<p>Die Praxis verfügt über mindestens einen Behandlungsraum mit einer Therapiefläche von mindestens 20 qm und mindestens zwei Behandlungsbereichen mit je einer Behandlungsliege.</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"/>
Sind die Behandlungsräume oder –bereiche Durchgangsräume? Unbeachtlich sind Durchgangsräume/-bereiche zu Räumen/Bereichen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlich <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum oder Behandlungsbereich vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Höhe der Therapieräume/-bereiche beträgt durchgehend mindestens 2,50 m - lichte Höhe. Alle Räume/Bereiche sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fußböden (kein Teppichboden) in den Behandlungsräumen bzw. –bereichen sind trittsicher (Klasse der Rutschhemmung R9 oder höher), fugenarm, leicht zu reinigen und zu desinfizieren; im Nassbereich (Therapiebereich) ist rutschhemmender Belag (Klasse der Rutschhemmung R 11 oder höher) sowie ausreichende Bodenentwässerung gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Nassbereiche (Therapiebereich) sind mindestens bis zu einer Höhe von 2,50 m gefliest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Behandlungsraum bzw. –bereich ist die Möglichkeit zur Handdesinfektion gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
In jedem Behandlungsraum bzw. –bereich ist eine Sitzgelegenheit für den Patienten und eine ausreichende Kleiderablage (zumindest Kleiderhaken) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Vorrats- und Abstellbereich bzw. Keller ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird gerätegestützte Krankengymnastik angeboten, ist innerhalb der Praxis ein zusätzlicher Behandlungsbereich von mindestens 30 qm vorhanden. Werden neben der Gerätemindestausstattung (siehe unter 1.4) weitere Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Platzbedarf jeweils um 6 qm je Gerät. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von 1 Meter erforderlich. Diese Voraussetzungen sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ein separater Arbeitsbereich mit der entsprechenden Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen vorhanden Klasse der Rutschhemmung R11 oder höher). Soweit wiederverwendbare medizinische Wärmepackungen eingesetzt werden, ist ein zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser installiert. <i>(Sollen in der Praxis keine medizinischen Wärmepackungen abgegeben werden, bitten wir um einen entsprechenden schriftlichen Hinweis.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)****JA NEIN**

Es gibt zwei höhenverstellbare Behandlungsliegen; diese sind von mindestens drei Seiten zugänglich. Zusätzlich wird eine zusammenklappbare, transportable Behandlungsliege für Hausbesuche oder die Durchführung von Behandlungen im „großen Behandlungsraum bzw. –bereich“ vorgehalten. Für jede Behandlungsliege ist geeignetes Lagerungsmaterial (z. B. eine Nacken- und Knierolle) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräte zur Durchführung von Übungsbehandlungen/Krankengymnastik: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sprossenwand</li><li>• Kleine Übungsgeräte (z. B. Gymnastikbänder, Gymnastikbälle, Keulen, Stäbe, Therapiekreisel)</li><li>• Therapiematten</li><li>• Gymnastikhocker</li><li>• Spiegel</li></ul> sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Kurzzeituhr je Behandlungsraum bzw. -bereich ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen, in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern, vorhanden. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der vom Behandler abgestellt werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Möglichkeiten für die Eisanwendung (Kryotherapie) sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laken, Tücher und geeignetes Lagerungsmaterial (z.B. Lagerungskissen, Polster und Decken) sind in ausreichender Menge vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Gerät zur Wärmeanwendung ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 1.4 Zusatzausstattung

Ja

Nein

	Ja	Nein
Gerätegestützte Krankengymnastik: <ul style="list-style-type: none"><li>• Universalzugapparat, doppelt (zwei Universalzugapparate nebeneinander im Abstand von ca. 1 Meter angeordnet als Möglichkeit zum gleichzeitigen Training beider Körperhälften) mit Trainingsbank,</li><li>• Funktionsstemme,</li><li>• Winkeltisch oder hinterer Rumpfheber,</li><li>• Vertikalzugapparat,</li><li>• Zubehör je Zugapparat: Fußmanschette oder Fußgurt, Handmanschette oder Handgurt</li></ul> sind vorhanden. (Zu Kombinationsgeräten siehe Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.1.6. der Zulassungsempfehlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird Unterwasserdruckstrahlmassage durchgeführt. Die Anforderungen gemäß Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.2. der Zulassungsempfehlungen werden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird Elektrotherapie durchgeführt. Geräte zur Durchführung von Elektrobehandlungen (Mittel- und Niederfrequenzbereich, z.B. Reizstrom, Interferenzstrom, diadynamischer Strom) werden vorgehalten. Ein Bestandsverzeichnis und ein Medizinproduktebuch nach MPBetreibV werden geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydroelektrische Vollbäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.3.2. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierzellenbäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.3.3. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirogymnastik wird angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.4. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Bäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.5. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlensäurebäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.6.1. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffbäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.6.2. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlensäuredioxidgasbäder werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.6.3. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übungsbehandlungen im Wasser werden angeboten und die hieran geknüpften Voraussetzungen nach Teil 2 Abschnitt A Ziffer 2.3.7. der Zulassungsempfehlungen erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Inhalationen werden angeboten und die für die Abgabe von Raum- oder Apparateneinhalationen geeigneten Sole- und Medikamentenvernebler vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik im Wasser wird angeboten. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung vorhanden</li> <li>• Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasserfläche mind. 12 qm, kleinste Seitenlänge mind. 3 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m), Haltestange(n), Einsteigtreppe, ggf. Patientenhebeeinrichtung</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ultraschallwärmetherapiegerät mit einer Frequenz von 1000 -3000 kHz wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerät zur Durchführung von Traktionsbehandlungen (Extensionen) für die Hals- und Lendenwirbelsäule wird vorgehalten.	<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 Rheinland-Pfalz mitzuteilen.

Name	Berufsausbildung/Zertifikate (außer Prävention)	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 Rheinland-Pfalz, 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 Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz 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 Rheinland-Pfalz. 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<sup>(1)</sup>.
- 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)<sup>(1)</sup>.
- 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<sup>(1)</sup>.
- Bestätigung der ARGE IK, Sankt Augustin für das Institutionskennzeichen (Bei Verlegung bitte die ARGE IK informieren).

<sup>(1)</sup> Bei einer Praxisverlegung ist der erneute Nachweis nicht erforderlich.