

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R.), Berlin

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK, Bochum

Physio Deutschland - Deutscher Verband für Physiotherapie e. V., Köln

VDB-Physiotherapieverband e. V., Berlin

Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT)
e.V., Hamburg

Der Antrag inklusive aller Nachweise ist beim *Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ambulante Versorgung, Sonstige Vertragspartner, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin* einzureichen.

Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsträger

**für Kurse in den besonderen Maßnahmen der Physiotherapie gemäß Anlage 7 (Weiterbildung)
zum Vertrag nach § 125 SGB V Physiotherapie**

- Manuelle Therapie -

I. Antragsteller

1. Verantwortlicher Weiterbildungsträger

Name/Bezeichnung:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

E-Mail:

2. Weiterbildungsstätte (falls vom Sitz des Trägers abweichend)

Name/Bezeichnung:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

E-Mail:

(bei mehreren externen Weiterbildungsstätten ist ein formloses Beiblatt zu
verwenden.)

- **Für jede externe Weiterbildungsstätte ist das Formular
„Anerkenniserklärung einzureichen**

3. Höchstteilnehmerzahl an einem Weiterbildungskurs

☐ 20

☐ 28

4. Räumliche Voraussetzungen der Weiterbildungsstätte(n)

Welche Räumlichkeiten stehen für die Weiterbildung zur Verfügung? (Anzahl und Größe, Verwendungszweck, ggf. Grundriss beifügen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Weiterbildungscurriculum

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis

.....

2. Zeitliche Durchführung

..... Unterrichtseinheiten gesamt (exkl. Prüfung)

davon Unterrichtseinheiten Theorie

davon Unterrichtseinheiten Praxis

In welchem Zeitraum ist die jeweilige Weiterbildungsmaßnahme geplant und in welchen zeitlichen Intervallen wird der Kurs durchgeführt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Ein genauer Stundenplan ist beizufügen, die Verteilung der Unterrichtseinheiten auf Theorie und Praxis muss erkennbar sein.

3. Weiterbildungscurriculum

- Der ausformulierte Rahmenlehrplan des Curriculums mit exakter Angabe der Weiterbildungsinhalte und der Lernziele ist beizufügen.

III. Abschluss

1. Prüfungsinhalt/-form

Umfasst die Abschlussprüfung eine schriftliche Prüfung?

Ja ☐

Nein ☐

Dauer und Art der Prüfung:

.....

.....

Umfasst die Abschlussprüfung eine praktische/mündliche Prüfung?

Ja ☐

Nein ☐

Dauer der Prüfung und Zahl der Teilnehmer

.....

.....

2. Prüfungskommission

Wer gehört der Prüfungskommission an?

Name

Funktion und Berufsbezeichnung

1).....

2).....

3).....

3. Zertifikat

Es können nur Zertifikate von Teilnehmer*innen anerkannt werden, die **vor** Beginn der Weiterbildung eine Berufsausbildung als Krankengymnast*in/Physiotherapeut*in abgeschlossen haben. Es gilt das Datum des erfolgreichen Abschlusses der Berufsausbildung.

➤ **Ein Musterzertifikat, das mindestens die folgenden Angaben enthält, ist diesem Antrag beizufügen:**

- Offizielle Bezeichnung und Adresse des Weiterbildungsträgers
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Berufsbezeichnung der/des Teilnehmenden
- Zeitraum der durchgeführten Weiterbildung
- Anzahl der absolvierten Unterrichtseinheiten
- Angabe über die erfolgreiche Teilnahme an der Abschlussprüfung
- Name der Weiterbildungsstätte sowie Ort und Ausstellungsdatum des Zertifikats
- Unterschrift der Prüfenden

Auf einem **Beiblatt** hat die Aufstellung der Kurseinheiten zu erfolgen.

IV. Weiterbildungskräfte

1. Ärztliche Fachlehrkräfte

Alle in den unter I. aufgeführten Weiterbildungsstätten tätigen ärztlichen Fachlehrkräfte sind mit folgenden Angaben aufzuführen:

- Name
- Adresse
- Gebietsbezeichnung (**Approbationsurkunde sowie Facharzturkunde sind beizufügen**)
- Erwerb der Zusatzbezeichnung Chirotherapie bzw. Manuelle Medizin (**Zertifikat ist beizufügen**)
- Praxen, Kliniken, ggf. Fachabteilungen, in denen klinische Erfahrungen gesammelt wurden sowie die jeweilige Dauer des Einsatzes (**Nachweise der Berufserfahrung sind beizufügen**)
- Sonstige Tätigkeiten in der Vermittlung von Fachkenntnissen in der Erwachsenenbildung (**Nachweise sind beizufügen**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Therapeutische Fachlehrkräfte für Manuelle Therapie

Alle in den unter I. aufgeführten Weiterbildungsstätten tätigen Fachlehrkräfte sind mit folgenden Angaben aufzuführen:

- Name
- Adresse
- Telefon
- E-Mail
- Ort und Datum der Fachlehrerprüfung in Manueller Therapie (**Kopie des Fachlehrerzertifikates ist beizufügen**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Für alle Fachlehrkräfte ist eine Einverständniserklärung beizufügen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen (<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>).

Mit diesen Unterschriften wird versichert, dass sämtliche Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Änderungen werden dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unverzüglich schriftlich angezeigt.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Weiterbildungsträgers