

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

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK, Bochum

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V., Köln

VDB-Physiotherapieverband e. V., Berlin

Verband Physikalische Therapie – 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**

-Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)-

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 ☐ 21-28

4. Räumliche Voraussetzungen der Weiterbildungsstätte(n)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Sicherstellung des Patientengutes

Welche Anbindung an eine lymphologische Einrichtung (mind. 150 Patienten pro Jahr mit lymphologischen Krankheitsbildern oder mind. 2000 Behandlungen pro Jahr an Patienten mit lymphologischen Krankheitsbildern) besteht?

Name/Bezeichnung:

Adresse:

.....

Telefonnummer:

E-Mail:

➤ Das Formular „Sicherstellung des Patientengutes“ ist beizufügen.

II. Weiterbildungscurriculum

1. Teilnahmeberechtigter Personenkreis:

.....

2. Zeitliche Durchführung

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

davon Unterrichtseinheiten ärztliche Theorie

davon Unterrichtseinheiten Praxis und praxisbegleitende Theorie

Die Weiterbildung erfolgt in Kurseinheiten

- **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 Prüfung?

Ja ☐ Nein ☐

Dauer der Prüfung und Zahl der Teilnehmer

.....

.....

2. Prüfungskommission

Wer gehört der Prüfungskommission an?

Name

Funktion und Berufsbezeichnung

.....

.....

.....

3. Zertifikat

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

- Offizielle Bezeichnung und Adresse des Weiterbildungsträgers
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Berufsbezeichnung der/des Teilnehmenden
- Bezeichnung, Zeitraum und Dauer des Kurses
- Anzahl der absolvierten Unterrichtseinheiten
- Angabe über die erfolgreiche Teilnahme an der Abschlussprüfung
- Name der Weiterbildungsstätte und Ort und Ausstellungsdatum des Zertifikates
- Unterschriften der verantwortlichen Fachlehrkraft und einer ggf. weiteren anerkannten Fachlehrkraft sowie einer weiterbildungsträger/-stätten unabhängigen Prüfungsperson

IV. Weiterbildungskräfte

1. Fachlehrkraft/Fachlehrkräfte

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

Name:

Adresse:

.....

Telefon:

E-Mail:

Datum der Fachlehrerprüfung:

- Eine Kopie des Fachlehrkraftzertifikates ist beizufügen
- Eine Einverständniserklärung ist beizufügen

Bei mehreren Fachlehrkräften ist ein formloses Beiblatt zu verwenden, auf welchem die erforderlichen Angaben enthalten sind.

2. Ärztliche Fachlehrkraft/Fachlehrkräfte

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

Name:

Adresse:

.....

Telefon:

E-Mail:

➤ **Eine Kopie Approbationsbescheinigung ist beizufügen**

☐ Facharztweiterbildung in Phlebologie seit:

➤ **Eine Kopie Facharzturkunde ist beizufügen**

oder

☐ mind. einjährige vollzeitliche Berufserfahrung in Einrichtungen mit Schwerpunkt auf lymphologischen Krankheitsbildern sowie einer kontinuierlichen Tätigkeit in diesem Bereich

➤ **Nachweise der Berufserfahrung und aktuellen Tätigkeit sind beizufügen**

Welche pädagogische Erfahrung in der Vermittlung von Fachkenntnissen in der Erwachsenenbildung ist vorhanden (z.B. Lehr- oder Dozierendentätigkeit, Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen)?:

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Nachweise sind 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