

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 der physikalischen Therapie

gemäß Anlage 7 zum Vertrag nach § 125 SGB V Physiotherapie

-Manuelle Lymphdrainage-

I. Antragsteller

1. Verantwortlicher Weiterbildungsträger

Name/Bezeichnung:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Email:

2. Weiterbildungsstätte (falls vom Sitz des Trägers abweichend)

Name/Bezeichnung:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Email:

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

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

3. Ärztliche Leitung der Weiterbildung

Name:

Adresse:

.....

- **Nachweise über spezifische klinische Erfahrungen sind beizufügen.** (Mind. zweijährige vollzeitliche Tätigkeit in einer lymphologischen Fachklinik, einer lymphologischen Abteilung/Praxis)

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:

.....

- **Das Formular „Sicherstellung des Patientengutes“ ist beizufügen.**

II. Weiterbildungscurriculum

1. Dauer der Weiterbildung

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

davon Unterrichtseinheiten Theorie

davon Unterrichtseinheiten Praxis

2. Zeitliche Durchführung

- Der Kurs findet als vierwöchiger Kurs statt.
- Der Kurs findet in zwei Kursabschnitten statt (Basis- und Therapiekurs), wobei der Abstand zwischen den Kursabschnitten nicht mehr als fünf Monate betragen sollte.

➤ **Ein Kursplan ist beizufügen.**

3. Weiterbildungscurriculum

- **Der Rahmenlehrplan des Curriculums mit exakter Angabe der Weiterbildungsinhalte 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

.....
.....

Umfasst die Abschlussprüfung eine ärztliche/mündliche Prüfung?

Ja Nein

Dauer der Prüfung und Zahl der Teilnehmer

.....
.....

2. Prüfungskommission

Wer gehört der Prüfungskommission an?

Name	Funktion und Berufsbezeichnung
------	--------------------------------

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

3. Zertifikat

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

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

- Offizielle Bezeichnung und Adresse des Weiterbildungsträgers
- Teilnehmer*in: Name, Geburtsdatum, Beruf
- Art, Zeitraum und Dauer des Kurses
- Unterschriften des leitenden Arztes, des verantwortlichen Fachlehrers und eines weiterbildungsträgerunabhängigen Mitgliedes
- Ort und Datum der erfolgreichen Teilnahme an der Abschlussprüfung

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