

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 Therapie-**

### 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:**

- abgeschlossenen Weiterbildung alternativ in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Chirurgie
- Erwerb der Zusatzbezeichnung Chirotherapie
- sowie im Anschluss eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der Chirotherapie

4. Räumliche Voraussetzungen der Weiterbildungsstätte(n)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## II. Weiterbildungscurriculum

### 1. Dauer der Weiterbildung

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

davon ..... Unterrichtseinheiten Theorie

davon ..... Unterrichtseinheiten Praxis

### 2. Zeitliche Durchführung

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

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

➤ 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

.....  
.....

#### 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 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 der ärztlichen Leitung, des verantwortlichen Fachlehrers und eines weiterbildungsträgerunabhängigen Mitgliedes
- Ort und Datum der erfolgreichen Teilnahme an der Abschlussprüfung

Auf einem Beiblatt hat die Aufstellung der Kurseinheiten zu erfolgen.

#### IV. Weiterbildungskräfte

1. Ärztliche Weiterbildungskräfte

(Vermittler für den ärztlich theoretischen Unterricht **oder** ärztliche Fachlehrer\*innen (=Ärzte, die über ein Fachlehrerzertifikat verfügen))

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

- Name
- Adresse
- Gebietsbezeichnung (**Facharzturkunde ist beizufügen**)
- Erwerb der Zusatzbezeichnung Chirotherapie (**Zertifikat ist beizufügen**)
- Praxen, Kliniken, ggf. Fachabteilungen, in denen klinische Erfahrungen gesammelt wurden sowie die jeweilige Dauer des Einsatzes (**Nachweise der Berufserfahrung sind beizufügen**)
- Anzahl der Assistenzen an fachspezifischen Weiterbildungskursen (**Nachweise sind beizufügen**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Fachlehrer\*innen für Manuelle Therapie

Alle in den unter I. aufgeführten Weiterbildungsstätten tätigen Fachlehrer\*innen sind mit folgenden Angaben aufzuführen:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Es wird sichergestellt, dass alle Weiterbildungskräfte mindestens alle zwei Jahre an fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

**Für alle Weiterbildungskräfte 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