

# Berichtsbogen

## physiotherapeutische Praxis

zum Zulassungsantrag vom \_\_\_\_\_

Datum der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_

erstmaliger Antrag

Verlegung

Einzelpraxis

Interdisziplinäre Praxis  
mit \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft  
mit \_\_\_\_\_

Gemeinschaftspraxis  
mit \_\_\_\_\_

## Angaben zur PRAXIS

Name, ggf.

Rechtsform: \_\_\_\_\_

in (Anschrift der Praxis): \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer, Etage)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachl. Leiter

(z.B. bei jur. Person/interdisziplinären Praxen): \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

(Name der Bank)

(BLZ)

(Kto.-Nr.)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

JA  NEIN

ggf. Name des Berufsverbandes: \_\_\_\_\_

## 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

(z.B. bei jur. Person/ interdisziplinären Praxen)

---

# 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 in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt.	<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 (vgl. Ziffer 2.1 der Anlage 2 zum Rahmenvertrag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Toilette und ein Handwaschbecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Verbandskasten für erste Hilfe ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine entsprechende Patientendokumentation gemäß der Rahmenverträge im Bereich der physikalischen Therapie geführt.	<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

Für eine Physiotherapiepraxis ist eine Nutzfläche von mindestens 50 qm nachzuweisen. Die Nutzfläche beträgt: _____ qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisräume müssen mindestens eine Therapiefläche von 32 qm aufweisen. Ein Behandlungsraum muss eine Therapiefläche von mindestens 20 qm umfassen. Es müssen zusätzlich 2 Behandlungsräume (Kabinen) mit Behandlungsbänken vorhanden sein. Die Größe der einzelnen Behandlungsräume muss eine ordnungsgemäße Behandlung am Patienten gewährleisten. Sie darf 6 qm nicht unterschreiten. Die Behandlungsräume müssen über feste Wände oder im Boden verankerte Stellwände verfügen. Es ist sicherzustellen, dass kein Einblick möglich ist. Im Zutrittsbereich des Behandlungsraums können Vorhänge verwendet werden, die (ab)waschbar sind. Durchgangsräume mit Zugang zu anderweitig nicht zugänglichen Bereichen der Praxis sind als Therapieraum oder Kabine nur zulässig, wenn sich dahinter kein weiterer Behandlungsbereich, keine anderen öffentlich zugänglichen Räume der Praxis (z. B. Empfangsbereich, Toilette, Wartebereich) oder keine für den Praxisbetrieb während der Therapie erforderlichen Räume befinden. Diese vorgenannten räumlichen Anforderungen werden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der vorhandenen Therapieräume und Angabe der Raumgröße:  Raum 1: ____ qm      Raum 2: ____ qm      Raum 3: ____ qm  Raum 4: ____ qm      Raum 5: ____ qm      Raum 6: ____ qm  (bitte vervollständigen und auf der beizufügenden Raumskizze einzeichnen)		
---	--	--

	JA	NEIN
Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen und höchstens eine Vollzeit-Fachkraft ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm oder zwei Behandlungskabinen erforderlich.  <i>Sind Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsteilung tätig (sog. Jobsharing) reicht es aus, wenn für die gleichzeitig tätigen Behandler (einschließlich Praxisinhaber) eigene, voneinander getrennte Therapieflächen nachgewiesen werden.</i>  Sind für die zeitgleiche Tätigkeit von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern die vertraglich geforderten zusätzlichen Behandlungsräume bzw. -flächen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Höhe der Therapieräume beträgt durchgehend mindestens 2,50 m - lichte Höhe - (übrige Nutzfläche mindestens 2,40 m - lichte Höhe -). Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt trittsichere, fugenarme und desinfizierbare Fußböden im Behandlungstrakt, rutschhemmenden Belag im Nassbereich sowie ausreichende Bodenentwässerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Nassbereich ist mind. bis zu einer Höhe von 2,50 m gefliest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ein Handwaschbecken für den Behandler mit fließend kaltem und warmem Wasser im Behandlungstrakt vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage in den Behandlungsräumen (Kabinen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ein separater Arbeitsbereich mit der entsprechenden Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen vorhanden. 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"/>
Es gibt einen Vorrats- und Abstellraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

JA NEIN

Es gibt zwei Behandlungsliegen in getrennten Behandlungsräumen oder Behandlungskabinen; diese müssen von mindestens drei Seiten zugänglich sein; zusätzlich wird eine zusammenklappbare, transportable Behandlungsliege für Hausbesuche vorgehalten. Für jede Behandlungsliege muss eine Nacken- und Knierolle vorhanden sein (vgl. Ziffer 2.3 der Anlage 2 zum Rahmenvertrag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein Gerät für Wärmeanwendungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Kurzzeituhr je Behandlungsraum (Kabine) ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen (Kabinen), in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern, vorhanden. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der vom Behandler abzustellen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Geräte sind zur Durchführung der <b>Krankengymnastik</b> vorhanden?		
· Sprossenwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Übungsgeräte (z.B. Gymnastikbänder, Gymnastikbälle, Keulen, Stäbe, Therapiekreisel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Therapiematten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Gymnastikhocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind Geräte zur Durchführung von Traktionsbehandlungen (Extensionen) für Hals- und Lendenwirbelsäule vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt technische Möglichkeiten für die Eisanwendung (Kryotherapie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken in ausreichender Menge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **1.4 Zusatzausstattung**

Es wird <b>Unterwasserdruckstrahlmassage</b> durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es wird eine Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l bis zum Überlauf, einer Aggregatleistung von mindestens 100 l/Min., einer Druck- und Temperatureinrichtung und Haltegriffen für trittsicheren Einstieg der Patienten vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Die elektrischen Anlagen sind nach den Bestimmungen für das Einrichten elektrischer Anlagen in medizinisch genutzten Räumen installiert (VDE 0107).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wanne zur Durchführung der Unterwasserdruckstrahlmassage befindet sich in einem Behandlungsraum von mindestens 10 qm und ist von drei Seiten zugänglich.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es wird je Wanne eine Ruheliege vorgehalten.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird <b>Elektrotherapie</b> durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es werden Geräte zur Durchführung von Elektrobehandlungen (Mittel- und Niederfrequenzbereich, z.B. Reizstrom, Interferenzstrom, diadynamischer Strom) vorgehalten.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>In der Praxis ist ein Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch nach MPBetreibV vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zur Abgabe hydroelektrischer Vollbäder wird eine Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l, 6 bis 9 stabilen und/oder beweglichen Elektroden, einer Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung sowie eine Temperaturmessenrichtung vorgehalten.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je Wanne ist ein Behandlungsraum von mindestens 10 qm notwendig; die Wanne ist von drei Seiten zugänglich.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es gibt je Wanne eine Ruheliege.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>In der Praxis ist ein Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch nach MPBetreibV vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anlage zur Abgabe von Vierzellenbädern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es gibt eine spezielle Teilbadewanne mit stabilen oder beweglichen Elektroden mit Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>In der Praxis ist ein Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebuch nach MPBetreibV vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Es gibt eine Einrichtung zur Abgabe von <b>Wärmetherapie</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es ist ein VDE-geprüftes elektrisches Wärmegerät, das eine Desinfektion der Packungsmasse gewährleistet (bei Warmpackungen) oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· VDE-geprüftes Spezialerwärmungsgerät (bei Einweg-Naturmoorpackungen [ascend]) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird <b>Chirogymnastik</b> abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es ist eine standfeste Spezialbehandlungsliege mit den Konstruktionsmerkmalen der "Original-Chirogymnastik-Bank" vorhanden. Die Liege befindet sich in einem gesonderten Raum von mindestens 8 qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Die Liege ist von allen Seiten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird <b>Krankengymnastik im Wasser</b> abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Ist eine Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung und/oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasser-oberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindestens 3,00 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Gibt es den Erfordernissen entsprechende Haltestange(n)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Gibt es eine trittsichere, gute begehbare Einsteigtreppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Gibt es eine Patientenhebeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Ist eine Dusche vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen auch Kombinationsbadeanlagen (z.B. mit Wanneneinsatz zur Anpassung an das erforderliche Fassungsvermögen) zum Einsatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Einrichtung zur Abgabe von <b>Wärmetherapie</b> vorhanden: Bezeichnung _____ Ultraschallwärmetherapie mit einer Frequenz von 800 – 3000 kHz (Ultraschallfrequenz):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Gerätegestützte Krankengymnastik wird durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern gerätegestützte Krankengymnastik durchgeführt wird, ist innerhalb der Praxis zusätzlich ein separater Raum von mindestens 30 qm vorzuhalten. Werden neben der Gerätemindestausstattung weitere Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Raumbedarf jeweils um 6 qm je Gerät. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von 1 Meter erforderlich.		
Werden die vorgenannten räumlichen Mindestanforderungen für die Abgabe von KG-Gerät erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Raumgröße beträgt _____		
Folgende Geräte werden in der Praxis zur Durchführung von KG-Gerät vorgehalten:		
a) Universalzugapparate, doppelt (zwei Universalzugapparate nebeneinander im Abstand von 1 Meter angeordnet als Möglichkeit zum gleichzeitigen Training beider Körperhälften) mit Trainingsbank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Funktionsstemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Winkeltisch oder hinterer Rumpfheber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vertikalapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zubehör je Zugapparat: Fußmanschette oder Fußgurt, Handmanschette oder Handgurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelne oder alle unter Buchstabe a) bis d) genannten Geräte können durch ein oder mehrere Kombinationsgeräte ersetzt werden, wenn die entsprechenden Funktionen durch das Kombinationsgerät ersetzt werden. Weitere Voraussetzung zur Nutzung von Kombinationsgeräten ist ausreichend Therapiefläche, um eine ordnungsgemäße Benutzung der Kombinationsgeräte sicherzustellen; zudem muss eine ausreichende Zahl an Kombinationsgeräten vorhanden sein, um Gerätegestützte Krankengymnastik auch als Gruppentherapie mit bis zu 3 Teilnehmern abgeben zu können.		
Zusätzliche Geräte _____		



	JA	NEIN
Teilen Sie Ihre Räumlichkeiten mit einer Fitnessseinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird der vorhandene Raum für die gerätegestützte Krankengymnastik zusätzlich genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja für folgende Tätigkeiten _____		
MAT/MTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschulkurse o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderweitige Kurse (bitte angeben) _____		
Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Betreuung erfolgt durch		
· ausschließlich Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ausschließlich Sportlehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· sowohl aus auch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine kontinuierliche Betreuung der GKV-Patienten gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Nutzung für _____		
---------------------------	--	--

### 1.5 Sonstige Angaben

Gehören zur Praxis externe Räume bzw. Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		

### 1.6 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

#### Angaben zu Praxisgemeinschaften/Gemeinschaftspraxen

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 vdek-Landesvertretung mitzuteilen.

Name	Qualifikation	Mitarbeiter- status

## 2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen. Über alle zulassungsrelevanten Änderungen werde(n) ich/wir die vdek-Landesvertretung, die die beantragte Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich informieren. Eine maßstabsgerechte Raumskizze ist beigelegt.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben den vdek berechtigen, die erteilte Zulassung gem. § 124 Abs. 1 SGB V auch im Namen der KNAPPSCHAFT und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse zu überprüfen und ggf. zu widerrufen.

Die Bestimmungen der §§ 45 Abs. 2 SGB X und 47 Abs. 1 SGB X sind mir/uns bekannt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

## Bestätigung über die abgeschlossene Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir zum Schutze meiner/unser 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 vdek-Landesvertretung. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

## Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft

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 habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:

- Kopie der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung** sowie ggf. Kopien von abrechnungsrelevanten **Fortbildungszertifikaten** der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die Vordrucke „**Anerkenniserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“ vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Bitte achten Sie darauf, dass alle Fragen vollständig beantwortet werden.
- Eine **Planskizze der Praxis**. Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis an, wie groß die einzelnen Räume sind (Angabe Quadratmeterzahlen) und wofür die einzelnen Räume genutzt werden (z.B. Therapiebereich, Wartebereich, WC, etc.). Sollten sich in der Praxis Treppen oder Notausgänge befinden, so erläutern Sie bitte formlos, wie die Praxis an diesen Stellen abgetrennt wird, so dass nachvollziehbar wird, dass die Praxis in sich geschlossen ist.
- **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag 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).
- Eine **Kopie des Gemeinschaftspraxisvertrages bzw. Praxisgemeinschaftsvertrages**, wenn es sich bei Ihrer Praxis um eine entsprechende Praxis handelt.
- Bestätigung der SVI für das **Institutionskennzeichen**