

# Berichtsbogen

## Ergotherapeutische 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)

Tel./Fax:

---

E-Mail:

---

Fachl. Leiter

(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

**JA**      **NEIN**

## 1.1 Allgemeine Anforderungen

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt 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 wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine entsprechende Patientendokumentation gemäß der Rahmenverträge im Bereich der Ergotherapie 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 ergotherapeutische Praxis ist eine Nutzfläche von mindestens 40 qm nachzuweisen. Die Nutzfläche beträgt: ____ qm		
Die Praxisräume müssen eine Therapiefläche von mindestens 30 qm aufweisen. Dabei muss die Therapiefläche mindestens in einem Raum 12 qm umfassen. Durchgangsräume mit Zugang zu anderweitig nicht zugänglichen Bereichen der Praxis sind als Therapieraum 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:  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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Therapieraum von mindestens 12 qm erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 (mindestens 12 qm) vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Raumhöhe beträgt durchgehend mindestens 2,40 m - lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

Gibt es eine Therapiematte oder Liege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Arbeitstisch, adaptierbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht ein Arbeitsstuhl, adaptierbar zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Werkstisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Spiegel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht therapeutisches Spielmaterial für alle Altersstufen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Werkzeuge und Materialien für:		
· Papp- und Papierarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Grafische Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Modellierarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Textile Techniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Flecht- und Webarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Holzarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Ist psychomotorisches Übungsmaterial vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist graphomotorisches Übungsmaterial vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Schienenmaterial nach Bedarf vorgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Alltagshilfen vorgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 1.4 Zusatzausstattung

Computerausstattung für therapeutischen Einsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

#### 1.5 Sonstige Angaben

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

#### 1.6 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

Werden Mitarbeiter beschäftigt? Wenn ja, wie viele? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

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 Änderungen werde(n) ich/wir die vdek-Landesvertretung, die die beantragte Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich informieren. Eine maßstabsgerechte Raumskizze ist beigefügt.

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 **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung** der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die Vordrucke „**Anerkennniserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“ senden Sie bitte 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.
- Eine **Kopie eines Nachweises 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**