

Berichtsbogen

Podologische 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

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette, Handwaschbecken und eine Möglichkeit zur Fußwaschung werden vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sterilisation der Instrumentensätze durch Dampfsterilisator wird sichergestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Verbandskasten für die erste Hilfe ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine entsprechende Patientendokumentation gemäß § 5 Ziff. 7 des Rahmenvertrages im Bereich der Podologie 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

JA **NEIN**

Für eine podologische Praxis ist eine Nutzfläche von mindestens 25 qm nachzuweisen. Die Nutzfläche beträgt ____ qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis muss einen Behandlungstrakt mit mindestens einem Behandlungsraum (einer Kabine) umfassen. Die Größe des einzelnen Behandlungsraums (einer Kabine) muss eine ordnungsgemäße Behandlung am Patienten gewährleisten; sie darf 7 qm nicht unterschreiten. Der Behandlungsraum (die Kabine) muss aus festen Wänden bestehen, so dass kein Einblick möglich ist. 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.		
Sind für die zeitgleiche Tätigkeit von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern die vertraglich geforderten zusätzlichen Behandlungsräume bzw. -flächen (mindestens 1 Behandlungsraum mit mindestens 7 qm) vorhanden?	<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)		
--	--	--

JA NEIN

<p><i>Sind Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsteilung tätig (sog. Job-sharing), reicht es aus, wenn für die gleichzeitig tätigen Behandler (einschließlich Praxisinhaber) die erforderlichen Therapieflächen gemäß den räumlichen Mindestanforderungen unter Punkt 3.2.2 der Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V nachgewiesen werden. Von einer gleichzeitigen Tätigkeit ist auch dann auszugehen, wenn gleichzeitig Hausbesuche und Behandlungen in der Praxis stattfinden.</i></p> <p>Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist mindestens ein weiterer Behandlungsraum (Kabine) von 7 qm erforderlich.</p>		
Die Raumhöhe der Mindestnutzfläche beträgt durchgehend 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 leicht aufzuwischende und desinfizierbare Fußböden im Behandlungstrakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den Behandlungsräumen glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80m abwaschbare Wände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist ein Handwaschbecken für den Behandler mit fließend kaltem und warmem Wasser sowie mit Hautdesinfektionsmittelspender im Behandlungstrakt vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Schrank zur Aufbewahrung der erforderlichen Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Einmalhandschuhe und Mundschutz in ausreichender Zahl vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage in den Behandlungsräumen (Kabinen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Behandlungsausstattung für den Hausbesuch wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebereich: Es gibt einen Sammelplatz getrennt von Kabinen und Wartebereich für im Zusammenhang mit der Therapie entstandenen Abfall und zur Aufbereitung gebrachter Instrumente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung) je Kabine **JA** **NEIN**

Ein Fräsgerät mit Staubabsaugung oder Nasstechnik wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es steht eine Leuchte mit Lupe zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behälter jeweils für Tupfer, Tamponade sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden 5 desinfizierte Instrumentensätze (bestehend mindestens aus Zange, Schere, Skalpell, Pinzette und Sonderinstrument) vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je Instrumentensatz steht ein Satz Schleif- und Fräskörper, sterilisierbar zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es sind Entsorgungsbehälter vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Hygieneanforderungen

Es werden die gültigen Hygieneanforderungen des jeweiligen Bundeslandes eingehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherstellung der Sterilisation der Instrumentensätze durch einen Dampfsterilisator (Autoclav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen vom gesamten Personal unterschriebenen Hygieneplan, der die Maßnahmen zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt; dieser gilt insbesondere bezogen auf die hygienische Händedesinfektion, die Desinfektion der Behandlungsstellen der Instrumente und des gesamten Arbeitsplatzes. <u>Hinweis:</u> Sämtliche in der Praxis eingesetzten Geräte müssen den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Daneben sind die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBeteibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung vom Heilmittelerbringer zu beachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Sonstige Angaben **JA** **NEIN**

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

1.6 Beschäftigung von Mitarbeitern

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 status	Qualifikation	Mitarbeiter-

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 Landesvertretung _____ des vdek, 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-Haftpflichtversicherung

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** der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die Vordrucke „**Anerkennungserklärung**“ 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**