

Berichtsbogen

stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Praxis

zum Zulassungsantrag vom _____

Datum der Praxiseröffnung: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> erstmaliger Antrag | <input type="checkbox"/> Verlegung |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Praxis mit _____ |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit _____ | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit _____ |

Angaben zur PRAXIS

Name, ggf.
Rechtsform _____

in: _____
(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

Telefon/Fax _____

E-Mail: _____

Fachl. Leiter _____
(z.B. bei jur. Person/ interdisziplinären Praxen)

Sind Sie Mitglied eines
Berufsverbandes: ja nein

Ggf. Name des Berufsverbandes _____

Keine zulassungsrelevanten Angaben/werden zur Abrechnung benötigt.

Institutionskennzeichen _____

Bankverbindung _____
(Name der Bank, BLZ, Kto.-Nr.)

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

| | 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"/> |
| Ein Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten wird vorgehalten. | <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 Logopädie 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

| | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Für eine Praxis als Leistungserbringer der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist eine Nutzfläche von mindestens 30 qm nachzuweisen. Die Nutzfläche beträgt: _____ qm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es wird ein Therapieraum mit einer Therapiefläche von mindestens 20 qm vorgehalten. Jeder weitere Therapieraum umfasst mindestens 12 qm. 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. | <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. <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 angemessen beheizbar und beleuchtbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

JA **NEIN**

| | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Folgende Grundausrüstung wird vorgehalten: | | |
| Artikulationsspiegel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z.B. Liege, Matte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diagnostikmaterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Therapeutisches Bild- und Spielmaterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Material zu auditiven, visuellen, taktilen und taktilkinästhetischen Wahrnehmungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Technische Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme und Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.4 Zusatzausrüstung

JA **NEIN**

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Folgende Zusatzausrüstung wird vorgehalten: | | |
| Tastentelefon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reizstromgerät (für die Durchführung der Stimmtherapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stimmfeldmessgerät | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Videotechnik (Kamera und Monitor) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computer für therapeutische Mittel | <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/Mitarbeiterinnen

JA **NEIN**

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 | Mitarbeiterstatus |
|------|---------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 beigelegt.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben den vdek berechnen, 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 _____
Ort Datum

(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** bzw. für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie die Diplom-, Bachelor- und/oder Masterurkunden der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die Vordrucke „**Anerkenniserklärung**“ 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.
- **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**

* Für akademisch ausgebildete Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, die eine Zulassung in Nordrhein-Westfalen beantragen besteht keine Meldepflicht beim Gesundheitsamt.