

Berichtsbogen

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeutische Praxis

zum Zulassungsantrag vom _____

Datum der Praxiseröffnung _____

erstmaliger Antrag

Verlegung

Praxisübernahme von:

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 für mindestens 30 Stunden je Woche für GKV-Versicherte geöffnet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Montag von bis | | |
| Dienstag von bis | | |
| Mittwoch von bis | | |
| Donnerstag von bis | | |
| Freitag von bis | | |
| Samstag von bis | | |
| Die Praxis ist öffentlich frei zugänglich. (D. h. die Praxis befindet sich nicht auf zugangsbeschränkten Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere sachverwandte Leistungen außerhalb des Kataloges stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen nach der Heilmittel-Richtlinie angeboten werden (z. B. Prävention, Rehabilitation) ist gewährleistet, dass neben einer ungestörten Heilmittelabgabe der Patient vor, während oder nach der Heilmittelabgabe die dafür separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche nicht betreten muss. | <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"/> |
| Es gibt eine Toilette mit Handwaschbecken und Handdesinfektion. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ein Verbandkasten für erste Hilfe ist vorhanden. | <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

Begriffsbestimmungen

Behandlungsraum

Behandlungsräume müssen aus festen Wänden bestehen, über eine Tür zugänglich sein, über mindestens ein Fenster verfügen und dürfen eine Größe von 12 qm nicht unterschreiten. Es ist sicherzustellen, dass kein Einblick möglich ist.

Das Weitere ergibt sich aus dem Nachfolgenden.

Therapiefläche

Die Therapiefläche ist die Fläche innerhalb eines Behandlungsraumes.

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>Die Praxis verfügt über mindestens einen Behandlungsraum mit einer Therapiefläche von mindestens 20 qm. Jeder weitere Behandlungsraum hat eine Therapiefläche von mindestens 12 qm.</p> <p>Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume und Angabe der Therapiefläche:</p> <p>Raum 1: qm Raum 2: qm Raum 3: qm</p> <p>Raum 4: qm Raum 5: qm Raum 6: qm</p> <p>(bitte vervollständigen und auf der beizufügenden Raumskizze einzeichnen)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? (Unbeachtlich sind Durchgangsräume zu Räumen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Für jeden zusätzlich <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm vorhanden.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Die Höhe der Behandlungsräume beträgt durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

JA

NEIN

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Artikulationsspiegel• Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z. B. Liege, Matt)• Diagnostikmaterial• Therapeutisches Bild- und Spielmaterial• Material zur auditiven, visuellen, taktilen und taktilkinästhetischen Wahrnehmung• Technische Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme, Sprechen oder Sprache <p>sind vorhanden.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

JA

NEIN

1.4 Zusatzausrüstung

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tasteninstrument ist vorhanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reizstromgerät (für die Durchführung der Stimmtherapie) ist vorhanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computer/Tablet für den therapeutischen Einsatz inklusive spezifischer Software ist vorhanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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/unsere 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/unsere 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**⁽¹⁾ der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages**⁽¹⁾ zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucke „**Anerkenniserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“.
- Eine **Planskizze der Praxis**. Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis die Fläche der einzelnen Räume/Bereiche in Quadratmetern sowie die Deckenhöhe an und wofür die einzelnen Räume/Bereiche genutzt werden (z.B. Behandlungsraum, Wartebereich, WC, etc.). Aus der Skizze muss die Aufstellung der vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände ersichtlich sein.
- **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).
- Eine Kopie der **Anmeldung der Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**⁽²⁾ (**Gesundheitsamt**) und der **Berufsgenossenschaft**.
- **Nachweis einer Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung** (inkl. Risikoort und Deckungssummen).
- **Personengesellschaften und Juristische Personen**: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister oder vergleichbare Nachweise⁽¹⁾.
- Bestätigung der SVI für das **Institutionskennzeichen** (Bei Verlegung bitte das SVI informieren).

⁽¹⁾ Bei einer Praxisverlegung ist der erneute Nachweis nicht erforderlich.

⁽²⁾ Nicht erforderlich in Niedersachsen.