

ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN



Berichtsbogen - Ergotherapeutische Praxis

Datum der Praxiseröffnung _____ Institutionskennzeichen: _____
--

- erstmaliger Antrag Verlegung
- Praxisübernahme von _____
- Einzelpraxis
- Interdisziplinäre Praxis mit _____
- Praxisgemeinschaft mit _____
- Gemeinschaftspraxis mit _____
- Sonstiges _____

Angaben zur PRAXIS

Name, ggf. Rechtsform: _____

Praxisanschrift _____

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Fachlicher Leiter: _____

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

JA

NEIN

ggf. Name des Berufsverbandes: _____

Angaben bei einer Praxisverlegung

Bisherige Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Name, ggf.

Rechtsform

Praxisanschrift

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

Fachlicher Leiter:

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 8 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
Die Praxis verfügt über eine Therapiefläche von mindestens 20 qm. Mindestens ein Behandlungsraum hat eine Therapiefläche von mindestens 12 qm. Anzahl der vorhandenen Behandlungsräume und Angabe der Therapiefläche: Raum 1: qm Raum 2: qm Raum 3: qm Raum 4: qm Raum 5: qm Raum 6: qm <small>(bitte vervollständigen und auf der beizufügenden Raumskizze einzeichnen)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? (Unbeachtlich sind Durchgangsräume zu Räumen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlich <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist ein weiterer Behandlungsraum von mindestens 12 qm vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Höhe der Therapieräume 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

<ul style="list-style-type: none">• Therapiematte oder Liege• Arbeitstisch, adaptierbar• Arbeitsstuhl, adaptierbar• Werkstisch• Spiegel• Therapeutisches Spielmaterial für alle Altersstufen• Material zur taktilen, taktil-kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung• Werkzeug und Materialien für verschiedene Handwerkstechniken, wie z. B.:<ul style="list-style-type: none">○ Papp- und Papierarbeiten○ Graphische Arbeiten○ Modellierarbeiten○ Textile Techniken○ Flecht- und Webarbeiten und/oder○ Holzarbeiten• Psychomotorisches Übungsmaterial• Graphomotorisches Übungsmaterial• Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Altershilfen <p>sind vorhanden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

1.4 Zusatzausrüstung

JA

NEIN

Computerausrüstung für therapeutischen Einsatz ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schienenmaterial nach Bedarf ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausrüstung zur Durchführung von Assessment- und Screeningverfahren ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 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 / Status	Qualifikation	Arbeitszeit wöchentl.

2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen und in den beigefügten Anlagen den Tatsachen entsprechen. Über alle zulassungsrelevanten Änderungen werde(n) ich/wir die ARGE Heilmittelzulassung Bayern, 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 die ARGE Heilmittelzulassung Bayern berechtigen, die erteilte Zulassung zu überprüfen und ggf. zu widerrufen.

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

(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 ARGE Heilmittelzulassung Bayern. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft und dem Gesundheitsamt

Ich bestätige ebenfalls, dass ich meine Praxis bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege (BGW), Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg.) und der örtlichen Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt) an bzw. umgemeldet habe.

(Ort, Datum)

(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 „Anerkennniserklärung“⁽¹⁾ 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 (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 ARGE-İK für das Institutionskennzeichen (Bei Verlegung bitte die ARGE-İK informieren).

Bitte senden Sie die Unterlagen an die zuständige Stelle der ARGE Heilmittelzulassung Bayern.

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