

ARGE HEILMITTELZULASSUNG BAYERN



Berichtsbogen - Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeutische 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: _____

Einzelpraxis

Interdisziplinäre Praxis mit _____

Praxisgemeinschaft mit _____

Gemeinschaftspraxis mit _____

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)

Fachlicher Leiter: _____

(z.B. bei jur. Person/interdisziplinären Praxen)

1 Praxisausstattung

Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 1 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"/>

	JA	NEIN
Ein Verbandskasten 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 Anforderun-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gen des MPG in der jeweils gültigen Fassung. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung werden beachtet.		

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, Matte) • 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"/>

1.4 Zusatzausstattung

JA

NEIN

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"/>

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 „Anerkennungserklärung“⁽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.