

Berichtsbogen – Praxis für Ernährungstherapie

(Mukoviszidose und/oder seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen)

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung ____ vom ____

Datum der Praxiseröffnung _____

erstmaliger Antrag

Verlegung

Praxisübernahme von: _____

Einzelpraxis

Interdisziplinäre Praxis
mit _____

Praxisgemeinschaft
mit _____

Gemeinschaftspraxis
mit _____

Angaben zur PRAXIS

Institutionskennzeichen: _____

(Die nachfolgenden Angaben zur Praxis sind – sofern nicht anders gekennzeichnet – nach § 11 Abs. 8 zur Veröffentlichung vorgesehen)

(Name des Antragstellers, Rechtsform – diese Angabe wird nicht veröffentlicht)

(Name der Praxis)

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

(Tel./Fax)

(E-Mail - optional)

(Homepage – optional)

(Fachliche Leitung – siehe § 3 Abs. 2 des Vertrages; diese Angabe wird nicht veröffentlicht)

(Barrierefreiheit (ja/nein) – optional)

(rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein) – optional)

Angaben bei einer Praxisverlegung

Bisherige Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Institutionskennzeichen: _____

(Name des Antragstellers, Rechtsform)

(Name der Praxis)

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

(Tel./Fax)

(E-Mail - optional)

(Fachliche Leitung)

1 Praxisausstattung

Das Vorhalten einer Praxis bzw. einer Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung ermöglicht, ist eine Zulassungsvoraussetzung nach § 124 Abs. 1 Nr.2 SGB V

1.1 Allgemeine Anforderungen

Die Praxis ist an mindestens 4 Tagen je Woche und für mindestens 30 Stunden je Woche für GKV-Versicherte geöffnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist öffentlich frei zugänglich. (D. h. die Praxis befindet sich nicht auf zugangsbeschränktem Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule). Es müssen auch keine anderen gewerblichen oder privaten Flächen durchquert werden, um die Behandlungsräume zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in der Praxis andere Leistungen angeboten? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Tätigkeitsfelder der Physiotherapie angeboten werden, ist neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet, dass die oder der Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen? Zum Tätigkeitsbereich der Physiotherapie zählen auch z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

Die räumlichen Mindestvoraussetzungen gelten für alle ernährungstherapeutischen Praxen, sei denn aus dem Nachfolgenden ergeben sich abweichende Anforderungen.

Die Praxis hat insgesamt eine Therapiefläche von mindestens 12 qm. Sie verfügt über mindestens einen Behandlungsraum mit einer Therapiefläche von mindestens 12 qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? Hinweis: Durchgangsräume/-bereiche zu Räumen/Bereichen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden, sind hiervon losgelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlichen <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist mindestens ein weiterer Behandlungsraum von 12 qm vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Die Höhe der Behandlungsräume/-bereiche beträgt durchgehend mindestens 2,40 m - lichte Höhe. Alle Behandlungsräume/-bereiche sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fußböden in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen sind trittsicher (R9 oder höher), fugenarm, leicht zu reinigen und zu desinfizieren. (kein Teppichboden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Behandlungsraum bzw. -bereich ist die Möglichkeit zur Handdesinfektion gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Pflichtausstattung

Computer/Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm inklusive Nachweise eines Vertrages, der das Vorhandensein des jeweils aktuellsten Updates gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationsspezifisches Beratungs- und Schulungsmaterial, z. B. <ul style="list-style-type: none"> a) Lebensmittelattrappen b) Leerverpackungen c) Bildmaterial/Plakate d) Messhilfen für Portionsgrößen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon und Fax, Internetzugang sowie abrufbarer Anrufbeantworter (auch Mobiltelefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeichte Körperwaage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Küche(nzeile) mit abwischbaren Flächen und Böden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kühlmöglichkeit für Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Wasch- und Desinfektionsmöglichkeit für Hände, Geschirr und Kücheneinrichtung und -geräte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandtücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spültücher (als Einwegware)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschirrtücher (sind nach einmaliger Verwendung bei mindestens 60°C maschinell zu waschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfallbehälter ausschließlich mit Deckel, tgl. Entleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Hygienebelehrung (Erstbelehrung, zweijährliche Wiederholungsbelehrung) nach § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Hygienehinweise bei Behandlung von CF-Patientinnen und CF-Patienten:*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) In den Beratungsräumen sollten keine Zimmerpflanzen stehen.		
b) Grundsätzlich sollte auf Luftbefeuchter an Heizkörpern und Raumluftbefeuchter verzichtet werden.		
Ausstattung für im Hausbesuch tätig.e Leistungserbringer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die geeignete und notwendige Ausstattung zur Abgabe von Leistungen im Rahmen des Hausbesuches ist vorhanden und wird von den Therapeuten mit sich geführt.		
Computer/Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm inklusive Nachweise eines Vertrages, der das Vorhandensein des jeweils aktuellsten Updates gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationsspezifisches Beratungs- und Schulungsmaterial, z. B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lebensmittelattrappen		
f) Leerverpackungen		
g) Bildmaterial/Plakate		
Messhilfen für Portionsgrößen		
Mobiltelefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

Werden Mitarbeiter beschäftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? _____		

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 des Versorgungsvertrages fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o. a. Punkte der zuständigen Arbeitsgemeinschaft Heilmittelzulassung mitzuteilen.

Fachliche Leitung

Handelt es sich bei der zuzulassenden Praxis um eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht rechtsfähige Personenvereinigung, muss für die fachliche Leitung der Praxis ein angestellter Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Abs. 2 SGB V benannt werden. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die die Qualifikation gemäß Anlage 5 des Versorgungsvertrages erfüllt, in der Praxis aber selbst nicht tätig wird oder die Qualifikation gemäß der benannten Anlage 5 selbst nicht erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein - § 3 Abs. 2 des Versorgungsvertrages. Neben einer Kopie der Berufsurkunde ist eine Kopie des Arbeitsvertrages einzureichen. Der Wechsel der fachlichen Leitung ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft unverzüglich zusammen mit den einzureichenden vorgenannten Unterlagen anzuzeigen.

Fachliche Leitung

Name	Geburtsdatum	Durchschn. wöchentl. Arbeitszeit

2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen.

Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer bzw. der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und möglichst mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben die ARGE Heilmittelzulassung _____ berechtigt, 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.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:
(Beachten Sie bitte die Besonderheiten bei Verlegung und Verkauf)

- a) Kopien der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung**⁽¹⁾. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
- b) Kopie des Arbeitsvertrages der angestellten fachlichen Leitung, soweit diese gewährleistet sein muss.
- c) Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucke „**Anerkenntniserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“.
- d) 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 etc.)
- e) **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).
- f) Soweit es sich um **Personengesellschaften und Juristische Personen**: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister oder vergleichbare Nachweise⁽¹⁾.
- g) Bestätigung der ARGE IK, Sankt Augustin für das **Institutionskennzeichen** (Bei Verlegung bitte die ARGE IK informieren).

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