

Berichtsbogen – Praxis für Ernährungstherapie

(Mukoviszidose und/oder seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen)
Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen

zum Zulassungsantrag vom _____

Datum der Praxiseröffnung: _____

erstmaliger Antrag

Verlegung

Einzelpraxis

Zweigpraxis

Praxisgemeinschaft
mit _____

Gemeinschaftspraxis
mit _____

Interdisziplinäre Praxis
mit _____

Praxis befindet sich in medizinisch
orientierter Einrichtung (Ärztehaus,
MVZ etc.)

Angaben zur PRAXIS

Name, ggf.

Rechtsform

in:

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

Telefon/Fax

E-Mail:

Fachl. Leiter

Sind Sie Mitglied eines

Berufsverbandes:

ja

nein

Ggf. Name des Berufsverbandes

Institutionskennzeichen: _____

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

Institutionskennzeichen: _____

1 Praxisausstattung

Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V.

JA NEIN

1.1 Allgemeine Anforderungen

Die Praxis ist öffentlich zugänglich, in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie gewerblichen Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis sowie im erforderlichen Umfang auch die Behandlungsräume sollen behindertengerecht zugänglich sein, 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, ein Handwaschbecken sowie die Möglichkeit zur Handdesinfektion	<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 Ernährungstherapie geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soweit die in der Praxis eingesetzten Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, müssen sie den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Trifft dies für die in Ihrer Praxis eingesetzten Geräte zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

JA

NEIN

	JA	NEIN
Die Praxis muss mindestens einen Behandlungsraum mit mindestens 12 qm Therapiefläche umfassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsräume oder Behandlungsbereiche dürfen keine Durchgangsräume sein, es sei denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden. Trifft dies für Ihre Praxis zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beträgt die lichte Raumhöhe der Behandlungsräume bzw. -bereiche und Toiletten weniger als 2,50 m? Wenn ja, um wie viel ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungsräume bzw. -bereiche mit trittsicheren (R9 oder höher), fugenarmen, leicht zu reinigenden und zu desinfizierenden Fußböden (kein Teppichboden) ausgestattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist in jedem Behandlungsraum bzw. -bereich die Möglichkeit zur Handdesinfektion gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in jedem Behandlungsraum bzw. -bereich ein Beratungstisch und Sitzgelegenheiten für den Patienten und Therapeuten und eine ausreichende Kleiderablage (zumindest Kleiderhaken) vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügt die Praxis über einen Abstellraum (z. B. Keller oder verschließbare Abstellfläche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist für jeden zusätzlich gleichzeitig tätigen Therapeuten ein weiterer Behandlungsraum vorhanden? Bei der Ermittlung der erforderlichen Räumlichkeiten zur Behandlung bei gleichzeitig tätigen Fachkräften ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses (abhängige Beschäftigung, freie Mitarbeit usw.) unerheblich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Grundausstattung (Pflichtausstattung)

JA NEIN

Computer/Tablet mit einem Nährwertberechnungsprogramm inklusive Nachweiseines Vertrages, der das Vorhandensein des jeweils aktuellsten Updates gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationsspezifisches Beratungs- und Schulungsmaterial, z. B. 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"/>
Indikationsspezifisches Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Zusatzausstattung

JA NEIN

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"/>

1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern

JA

NEIN

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 der Rahmenverträge fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o. a. Punkte der ARGE Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen mitzuteilen.

Name	Berufsausbildung	wöchentliche Arbeitszeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen, 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 Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen berechtigt, die erteilte Zulassung zu überprüfen und ggf. zu widerrufen.

_____, 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 ARGE Heilmittelleistungserbringerzulassung Sachsen. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft und der Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt)

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 sowie der Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt) gemeldet habe.

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)