

# Berichtsbogen – Ergotherapeutische Praxis

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung Schleswig-Holstein

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)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Etage)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Tel./Fax)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail)

\_\_\_\_\_  
(Fachlicher Leiter)

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

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

---

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_



---

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



## 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 Schleswig-Holstein, 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 Schleswig-Holstein 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 Heilmittelzulassung Schleswig-Holstein. 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 <sup>(1)</sup> (Gesundheitsamt) gemeldet habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)



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

- Kopie der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung**<sup>(1)</sup> der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** 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 (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<sup>(1)</sup>.
- Bestätigung der ARGE IK, Sankt Augustin für das **Institutionskennzeichen** (Bei Verlegung bitte die ARGE IK informieren).

<sup>(1)</sup> Bei einer Praxisverlegung ist der erneute Nachweis nicht erforderlich.