

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
Leistungen der physikalischen Therapie**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der physikalischen Therapie:

30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung

- 30300 – Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)
- 30301 – Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)

30.4. Physikalische Therapie

- 30400 – Massagetherapie
- 30401 – Intermittierende apparative Kompressionstherapie
- 30402 – Unterwasserdruckstrahlmassage
- 30410 – Atemgymnastik (Einzelbehandlung)
- 30411 – Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)
- 30420 – Krankengymnastik (Einzelbehandlung)
- 30421 – Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)
- 30430 – Selektive Phototherapie
- 30431 – Zuschlag zur 30430 (Photochemotherapie)

- Die Leistungen der physikalischen Therapie werden gemäß Präambel zu Kapitel 30.4 des derzeit gültigen EBM entsprechend meines Fachgebietes durch mich persönlich erbracht.
- Die Leistungen der physikalischen Therapie werden gemäß Präambel zu Kapitel 30.4 des EBM entsprechend meines Fachgebietes durch nachfolgend aufgeführte/n nichtärztliche/n Mitarbeiter/in erbracht:

In meiner Praxis ist Herr/Frau _____

angestellt mit folgender Ausbildung:

- staatlich geprüfter Masseur
- Krankengymnast
- Physiotherapeut

- Entsprechende Nachweise über die Ausbildung sind als Anlage beigefügt.
- Eine Kopie des bestehenden Arbeits- bzw. Dienstvertrages, aus dem sich der Beginn des Beschäftigungsverhältnisses ergibt, ist als Anlage beigefügt.
- Eine Versicherung an Eides statt, dass die von Ihnen erbrachte Leistung von dem qualifizierten Mitarbeiter in Ihrer Praxis auf Ihre Veranlassung unter ärztlicher Verantwortung erbracht wird, ist beigefügt.

Hinweis:

Die Abrechnung der Leistungen nach den EBM-Nummern 30420 (Krankengymnastik-Einzelbehandlung) und 30421 (Krankengymnastik-Gruppenbehandlung) ist nur möglich, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter über die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast verfügt.

- Ich beantrage die Erbringung der Leistungen nach dem Kapitel 30.3 des EBM (sensomotorische Übungsbehandlungen), konkret Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung nach den EBM-Ziffern 30300 und 30301 und weise folgende Zusatzqualifikation nach:
- Grundlagen und Techniken der physikalischen Medizin und der Verfahren nach PNF Vojta, Bobath, Frostig, Kabat oder Kiphart; entsprechende Nachweise sind beigefügt.
 - Die Leistungen nach den EBM-Nummern 30300 und 30301 werden von dem bei mir angestellten Physiotherapeuten/Krankengymnast/Heilpädagogen oder Ergotherapeuten erbracht. Folgende Nachweise sind beigefügt:
 - Weiterbildungszertifikate für die Verfahren PNF, Vojta, Bobath, Frostig, Kabat oder Kiphart
 - Kopie der Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters als Physiotherapeut, Krankengymnast, Heilpädagoge oder Ergotherapeut
 - Kopie des bestehenden Arbeits- bzw. Dienstvertrages, aus der sich der Beginn des Beschäftigungsverhältnisses ergibt.
 - eine Versicherung an Eides statt, dass die von Ihnen abzurechnenden Leistungen von einem qualifizierten, nichtärztlichen Mitarbeiter in Ihrer Praxis auf Ihre Veranlassung und unter nichtärztlicher Verantwortung erbracht wird.

Apparative Ausstattung

Für folgende EBM-Ziffern ist die apparative Ausstattung gegenüber der KVSA nachzuweisen:

- **30402 Unterwasserdruckstrahlmassage**
(Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar), Wanneninhalt mindestens 400 l)
- Der Nachweis der apparativen Ausstattung ist als Anlage beigefügt.

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Frau/Herr Dr. med./Dipl.-Med. _____

versichere hiermit an Eides statt, dass die von mir/vom MVZ beantragte Durchführung der Leistungen der physikalischen Therapie von

Frau/Herrn _____

Staatl.
Anerkennung als: _____

in meiner Praxis/im MVZ auf meine Veranlassung hin und unter ärztlicher Verantwortung erbracht wird/werden.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte