



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 362, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung

für Leistungen aus dem Kapitel 30.4 EBM/ Physikalische Therapie

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Entsprechend der Ausführungen zu Kapitel 30.4 und unter Berücksichtigung der Erläuterungen zum jeweiligen arztgruppenspezifischen Leistungsverzeichnis (EBM Stand 01.01.2009) wird die Genehmigung für folgende Leistungen beantragt:

30400 Massagetherapie	<input type="checkbox"/>
30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/>
30402 Unterwasserdruckstrahlmassage	<input type="checkbox"/>
30410 Atemgymnastik - Einzelbehandlung	<input type="checkbox"/>
30411 Atemgymnastik - Gruppenbehandlung	<input type="checkbox"/>
30420 Krankengymnastik - Einzelbehandlung	<input type="checkbox"/>
30421 Krankengymnastik - Gruppenbehandlung	<input type="checkbox"/>
30430 Selektive Phototherapie Hinweis: Nur für Vertragsärzte mit der berufsrechtlichen Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnungsfähig.	<input type="checkbox"/>
30431 Zuschlag zu der Leistung nach der EMB-Nr. 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie Hinweis: Nur für Vertragsärzte mit der berufsrechtlichen Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten.	<input type="checkbox"/>

Fachliche Voraussetzungen

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Facharzt für Orthopädie
- Facharzt für Nervenheilkunde



- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenarzt

oder

- Nachweis der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung(en) Physikalische und/oder Chirotherapie oder Phlebologie (ausschließlich die Gebührenposition 30401)

oder

- Nachweis über die Anstellung und Qualifikation nichtärztlicher Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur und med. Bademeister, Krankengymnast, Physiotherapeut)



Erklärung / Verpflichtung

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der **Physikalischen Therapie** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung