

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-384  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: [QS-Team1@kvberlin.de](mailto:QS-Team1@kvberlin.de)

Praxisstempel

Für Ärzte, die in einem der folgenden Facharztgebiete an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist keine Antragsstellung erforderlich: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Neurochirurgie, Nervenheilkunde, Orthopädie.

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der neurophysiologischen Übungsbehandlungen

gemäß dem Abschnitt 30.3.1 EBM

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. nichtärztlicher Mitarbeitender, angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes

<b>Grund der Antragstellung</b>	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Leistung**

- GOP 30300 EBM - Sensomotorische Übungsbehandlungen (Einzelbehandlung)
- GOP 30301 EBM - Sensomotorische Übungsbehandlungen (Gruppenbehandlung)

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

Adresse

---

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

---

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt

Adresse

---

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß Präambel des Kapitels 30.3.1 EBM**

- Erfolgreich abgeschlossener spezieller Weiterbildungskurs\* betreffend sensomotorischer Übungsbehandlungen (Bobath, Vojta, PNF o. Ä. nach den „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln“ in der derzeit geltenden Fassung)  
\*Die Weiterbildung für die Behandlung von Kindern soll mindestens 300 Unterrichtseinheiten, die für die Behandlung von Erwachsenen mindestens 120 Unterrichtseinheiten umfassen.
- Nachweis über die Anstellung und Qualifikation nichtärztlicher Mitarbeiter (Heilpädagogen, Krankengymnast, Physiotherapeut oder Ergotherapeuten)

## VERPFLICHTUNG UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der neurophysiologischen Übungsbehandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.

Der nichtärztliche Mitarbeiter darf nur auf Veranlassung des Arztes und nur in dessen persönlicher Anwesenheit tätig werden.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)