

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-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Ärzte mit der in der Präambel des Kapitels 30.4 EBM genannten Zusatzbezeichnung oder Fachrichtung können die Leistungen ohne Genehmigung abrechnen, sofern der entsprechende Nachweis der KV Berlin vorliegt. Eine Genehmigungspflicht besteht nur bei der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter.

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der Physikalischen Therapie
- für nichtärztliche Mitarbeiter -**

gemäß dem Abschnitt 30.4 EBM

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	nichtärztlicher Mitarbeiter

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (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	

Grund der Antragstellung	
<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 30400 EBM - Massagetherapie
- GOP 30401 EBM - Intermittierende apparative Kompressionstherapie
- GOP 30402 EBM - Unterwasserdruckstrahlmassage
 - Wanneninhalt mindestens 400 l, Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)
- GOP 30410 EBM - Atemgymnastik - Einzelbehandlung
- GOP 30411 EBM - Atemgymnastik - Gruppenbehandlung
- GOP 30420 EBM - Krankengymnastik - Einzelbehandlung
- GOP 30421 EBM - Krankengymnastik - Gruppenbehandlung

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

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

Adresse

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

Fachliche Nachweise gemäß Präambel des Kapitels 30.4 EBM

- Nachweis über die Anstellung des nichtärztlichen Mitarbeiters
- Nachweis über die Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters als staatlich geprüfter Masseur oder medizinischer Bademeister oder Krankengymnast oder Physiotherapeut

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 Physikalischen Therapie 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