

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Nicole Prochnow | Telefon 0761 884-4387 | Fax 0761 884-483852 | nicole.prochnow@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von physikalisch-medizinischen Leistungen gemäß Kapitel 30.3 und 30.4 des EBM

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>

Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß Kapitel 30.3 und 30.4 des derzeit gültigen EBM erbringen und abrechnen zu dürfen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Neurophysiologische Übungsbehandlungen (PNF, Vojta und Bobath) gem. Kapitel 30.3 EBM

- von mir persönlich erbracht
 - 30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)
 - 30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)
- auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch in meiner Praxis angestellte nicht-ärztliche Mitarbeiter erbracht
 - 30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)
 - 30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)

Bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis beifügen.

Krankengymnast(en)

Name

Heilpädagoge(n)

Name

Ergotherapeut(en)

Name

Physiotherapeut(en)

Name

Bitte beifügen: Staatl. Prüfungsurkunde und Nachweis über Zusatzqualifikation sowie Arbeitsvertrag.

Physikalische Therapie gem. Kapitel 30.4 EBM

- 30400 Massagetherapie
- 30402 Unterwasserdruckstrahlmassage
- 30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)
- 30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)
- 30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)
- 30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)
- 30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie ¹

¹ Eine Berechtigung zur Abrechnung der Leistung nach der GOP 30401 können Ärzte erhalten, die einen entsprechenden Apparatennachweis einreichen.

Die genannten Leistungen werden auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch folgende in meiner Praxis angestellte nicht-ärztliche Mitarbeiter durchgeführt:

- Krankengymnast(en)

Name

- Masseur(e)

Name

- Physiotherapeut(en)

Name

Bitte beifügen: Staatl. Prüfungsurkunde sowie Arbeitsvertrag

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut