



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von neurophysiologischen
Übungsbehandlungen

gemäß der Präambel zu Kapitel 30.3 des EBM

Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1. Beantragte Leistung

Beantragt wird die Durchführung und Abrechnung sensomotorischer Übungsbehandlungen als Einzelbehandlung sowie als Gruppenbehandlung.

2. Fachliche Voraussetzungen

Ich bin Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation.*

oder

Die Leistung wird von einem nichtärztlichen Mitarbeiter erbracht.*

Vor- und Zuname: _____

Berufsbezeichnung: Krankengymnast

Heilpädagoge

Ergotherapeut

Physiotherapeut

Bitte beifügen: Staatliche Prüfungsurkunde und Arbeitsvertrag.

*) Ein **Zertifikat** über den erfolgreichen Abschluss eines speziellen Weiterbildungskurses (Vojta, Bobath, PNF o.ä.) gemäß der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln in der Fassung vom 17.01.2005 wird als Nachweis der besonderen Zusatzqualifikation des antragstellenden Arztes bzw. des nichtärztlichen Mitarbeiters dem Antrag beigelegt.

6. Erklärung des/der Antragstellers(in)

Hinweis: Die Leistungen des EBM-Kapitels 30.3 sind **nicht antragspflichtig** für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Neurochirurgie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Orthopädie.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)