



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Physikalischen Therapie gemäß Kapitel 30.4 des EBM

Hinweis: Eine Antragstellung/Genehmigungspflicht ist nur für Ärzte erforderlich, die entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter beschäftigen.

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungsausführender:
(Titel/Name/Vorname des Ausführenden)

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 Leistungen

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der physikalischen Therapie gemäß dem derzeit geltenden EBM.

Hinweis: Eine Antragstellung ist für die genannten Fachärzte und Ärzte mit Zusatzbezeichnung gemäß der Präambel des Kapitels 30.4 EBM nicht erforderlich. Die entsprechenden Nachweise müssen der KV vorliegen. Eine Antragstellung ist nur für Ärzte erforderlich, die entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter beschäftigen.

2. Fachliche Voraussetzungen

Ich beschäftige einen qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter und beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen nach Abschnitt 30.4 EBM:

- Krankengymnast (GOP 30400 – 30421)

Krankengymnast/-in.....
Name(n)

- Physiotherapeut (GOP 30400 – 30421)

Physiotherapeut/-in.....
Name(n)

- Staatl. geprüfter Masseur (GOP 30400 – 30411)

Masseur/Masseuse.....
Name(n)

Bitte beifügen: Staatliche Prüfungsurkunde und Arbeitsvertrag.

3. Erklärung des/der Antragsstellers/in

Es ist bekannt, dass die beantragten Leistungen nur von dem im Antrag bezeichneten angestellten nicht-ärztlichen Mitarbeiter mit einer entsprechenden Qualifikation erbracht werden können.

Eine Änderung des Anstellungsverhältnisses des genannten nichtärztlichen Mitarbeiters wird der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen unverzüglich mitgeteilt.

Zeugnisse und Nachweise über die erforderliche Qualifikation sind, sofern diese noch nicht der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle vorliegen, im Original oder als beglaubigte Kopie beigefügt.

.....
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)



.....
Ort, Datum Unterschrift Leistungsausführender

Stempel Antragsteller(in)