

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement Albstadtweg 11 70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

## **Antrag**

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung physikalisch-medizinischer Leistungen gemäß Kapitel 30.3 und 30.4 EBM

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

Titel Vorname Nachname Name der Einrichtung Antragstellung für: O mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2) O folgenden Angestellten Vorname Titel Nachname Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen) Fachgebiet Schwerpunkt Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: E-Mail Telefon Wohnanschrift: Straße, Nr. PLZ Ort Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: <a href="www.kvbawue.de/physikalisch-medizinische-leistung">www.kvbawue.de/physikalisch-medizinische-leistung</a>
Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Neurophysiologische Übungsbehandlungen (PNF, Vojta und Bobath) gem	. Kapitel 30.3 EBM
Von mir persönlich erbracht:	
30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	{PHY1}
30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	{PHY1}
Bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis beifügen.	
Auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch in meiner Praxis angestel Mitarbeiter erbracht:	llte nicht-ärztliche
30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	{PHY1}
30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	{PHY1}
Krankengymnast(en)	
Name	
Heilpädagoge(n)	
Name	
Ergotherapeut(en)	
Name	
Physiotherapeut(en)	
Name	

Beizufügen: Staatl. Prüfungsurkunde und Nachweis über Zusatzqualifikation und Arbeitsvertrag.

Phy	vsikalische	<b>Therapie</b>	gem. Kapite	130.4	LEBM

		30400 Massagetherapie	{PHY2}
		30402 Unterwasserdruckstrahlmassage	{PHY4}
		30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	{PHY5}
		30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	{PHY5}
		30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	{PHY6}
		30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	{PHY6}
		<b>30401</b> Intermittierende apparative Kompressionstherapie*	{PHY3}
	* Eine	Berechtigung zur Abrechnung der Leistung nach GOP 30401 können Ärzte erhalten, die einen entsprechenden Apparatenachweis	einreichen.
	_	genannten Leistungen werden auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch fo er Praxis angestellte nicht-ärztliche Mitarbeiter durchgeführt:	gende in
	Kranl	kengymnast(en)	
	Name		
龖	Masse	eur(e)	
	Name		
	Physic	otherapeut(en)	
	Name	2	

## Beizufügen: Staatl. Prüfungsurkunde und Arbeitsvertrag

## Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## 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 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					
Einverständniserklärung zur Daten	übermittlung				
	ss seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung ı meiner Person der KVBW übermittelt werden.				
Ort, Datum	Unterschrift				
Die Klammer () beinhaltet einen internen Code					

