

## Antrag auf Erteilung einer Kassenzulassung gemäß § 124 SGB V

**Name der Einrichtung** \_\_\_\_\_

**Anschrift** (Straße, Nummer) \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

(Telefon) \_\_\_\_\_

evtl. Email / Internet \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

**Leitung** (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

**Träger der Einrichtung** \_\_\_\_\_

**Anschrift** (Straße, Nummer) \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

**Antrag auf Zulassung zum** \_\_\_\_\_

**Verlegung voraussichtlich am** \_\_\_\_\_

zum / zur \_\_\_\_\_

**Antrag auf Zulassungserweiterung zum** \_\_\_\_\_

nachfolgend grau unterlegte Felder werden von der zulassenden Stelle (AOK Rheinland/Hamburg und dem vdek) ausgefüllt

### 1. Persönliche und fachliche Voraussetzungen

**Nachfolgend bitte immer nur 1 Therapeut(-in) je Berufsgruppe als fachliche Leitung eintragen.  
Weiteres Personal bitte auf dem Zusatzbogen aufführen.**

#### Abgabe von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

1.1	Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung entsprechend dem Gesetz in der jeweils gültigen Fassung ( <i>eine <u>aktuell beglaubigte</u> Kopie der Berufsurkunde ist beigelegt</i> ) für: _____ (Name, Vorname)	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------

1.2	Der/die TherapeutIn steht in der Einrichtung in einem Dienst-/Arbeitsverhältnis ( <i>Bestätigung über die Festanstellung mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit</i> )  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit: _____	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------

#### Abgabe von Ergotherapie

1.1	Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung entsprechend dem Gesetz in der jeweils gültigen Fassung ( <i>eine <u>aktuell beglaubigte</u> Kopie der Berufsurkunde ist beigelegt</i> ) für: _____ (Name, Vorname)	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------

1.2	Der/die TherapeutIn steht in der Einrichtung in einem Dienst-/Arbeitsverhältnis <i>(Bestätigung über die Festanstellung mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit)</i>  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit: _____	<input type="checkbox"/>
<b>Physiotherapie</b>		
1.1	Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung entsprechend dem Gesetz in der jeweils gültigen Fassung ( <i>eine <u>aktuell beglaubigte</u> Kopie der Berufsurkunde ist beigefügt</i> ) für: _____ (Name, Vorname)	<input type="checkbox"/>
<b>!</b>	<b>Soweit Zusatzqualifikationen für KG-ZNS Bobath oder Vojta vorliegen, sind die Zertifikate in Kopie beizufügen.</b>	
1.2	Der/die TherapeutIn steht in der Einrichtung in einem Dienst-/Arbeitsverhältnis <i>(Bestätigung über die Festanstellung mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit)</i>  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit: _____	<input type="checkbox"/>

<b>2.</b>	<b>Sachliche Voraussetzungen zur Ausstattung</b>		
<b>2.1</b>	<b>Allgemeine Anforderungen</b>		
2.1.1	<b>Eine maßstabsgerechte Raumskizze der gesamten Ebene und des Therapiebereiches ist beigefügt</b>		<input type="checkbox"/>
2.1.2	Zugang zu den Therapieräumen ist rollstuhlgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Patientendokumentation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
<b>2.2</b>	<b>Räumlichen Mindestvoraussetzungen</b>		
2.2.1	Gesamttherapiefläche _____ m <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/>
2.2.2	Anzahl der Therapieräume: _____		<input type="checkbox"/>
2.2.3	Geben Sie bitte die Größe der einzelnen Therapieräume und der Therapiefläche* an  a) _____ m <sup>2</sup> / _____ m <sup>2</sup> b) _____ m <sup>2</sup> / _____ m <sup>2</sup> c) _____ m <sup>2</sup> / _____ m <sup>2</sup> d) _____ m <sup>2</sup> / _____ m <sup>2</sup>  * <b>Jede Therapiefläche muss mindestens 12 m<sup>2</sup> groß sein;</b>		a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/>
2.2.4	Die durchgehende lichte Raumhöhe des Therapiebereiches beträgt _____ m (mind. 2,40 m)		<input type="checkbox"/>



**Erklärungen des Antragstellers**

Ich/Wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Antragsbogen den Tatsachen entsprechen. Die Therapieräume stehen während der Therapiestunden ausschließlich dem jeweiligen Therapeuten zur Verfügung.

Die Therapieräume stellen in ihrer Lage und Ausstattung eine ungestörte und kindgerechte Therapie sicher.

Änderungen werde(n) ich/wir der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und dem vdek e. V. – Landesvertretung NRW unverzüglich **schriftlich** mitteilen.

Diese Selbstauskunft zu den Angaben unserer Behandlungsräumlichkeiten/-ausstattung schließt eine Begehung und Überprüfung durch die Krankenkasse nicht aus.

---

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Antragsteller(in) /  
der Antragsteller(innen)

Ich bin/Wir sind darüber informiert, dass unzutreffende oder falsche Angaben, die die Zulassung nach § 124 Abs. 1 SGB V betreffen, Rücknahme oder Widerruf der Zulassung zur Folge hat.

Die Bestimmungen der §§ 45 (insbesondere Absatz 2 Satz 3) SGB X und 47 Abs. 1 SGB X sind mir/uns bekannt.

Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen für die Zulassung nicht mehr erfüllt sind oder die geforderte Fortbildung nicht erbracht wird (§ 124 Abs. 6 SGB V).

---

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Antragsteller(s) /  
der Antragstellerin

**Erhebungsbogen bei Abrechnung über eine Abrechnungs/-Verrechnungsstelle**

<b>Institutionskennzeichen der Einrichtung</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Name, Vorname (ggf. Gesellschaftsname)</b>	<hr/> <hr/>
<b>Straße, Nr. / Postfach-Nr.</b>	<hr/>
<b>PLZ und Ort</b>	<hr/>
<b>Telefon-Nr. und ggf. Fax-Nr.</b>	<hr/>
<b><u>Bankverbindung</u>  Kontonummer:  Bankleitzahl:  Name des Instituts:  Name des Kontoinhabers:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Falls ein Abrechnungszentrum beauftragt wurde, Angabe dessen Institutionskennzeichens (dieses ist beim Abrechnungs- zentrum zu erfragen)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Anschrift des Abrechnungszentrums</b>	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Ort, Datum  Unterschrift</b>	<hr/> <hr/>

