KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

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: ……
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in: ……
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des Arztes)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für: ……..

Tätigkeit im Rahmen einer:

☐ Niederlassung
☐ Angestelltentätigkeit
☐ Ermächtigung
☐ Vertretung
☐ Sicherstellungsassistenz für ……..…
☐ Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für …….

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

Straße, Nr.: ……

PLZ, Wohnort: ……

Telefon/Fax: ……

E-Mail: ……

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

2. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

3. BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse: ……

1. Beantragte Leistungen

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

---

2. Fachliche Voraussetzungen

2.1 Nichtärztliche Mitarbeiter:

☐ Krankengymnast (GOP 30400 – 30421 nach dem EBM)

UND/ODER

☐ Physiotherapeut (GOP 30400 – 30421 nach dem EBM)

UND/ODER

☐ Staatl. geprüfter Masseur (GOP 30400 – 30411 nach dem EBM)

2.2 Nachweis

Name/ Qualifikation ……

Staatliche Prüfungsurkunde/n

☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt

UND

Arbeitsvertrag/verträge

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

---

3. Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden. Es ist bekannt, dass die beantragten Leistungen nur von dem im Antrag bezeichneten angestellten nicht-ärztlichen Mitarbeiter/n mit der entsprechenden Qualifikation erbracht werden können.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Nachweise reichen Sie bitte wie folgt ein:

per E-Mail an: qualitaet-vertraege-vereinbarungen@kvsachsen.de

oder

per Post an: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig