

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Neurophysiologische Übungsbehandlung

Antrag auf Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 30.3 EBM

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Team Antragsverfahren

Zeynep Sever
Florian Hehl
Tarja Mayer
Tel 069 24741-6572/ 6360/ 6543
Fax 069 24741-68847
Antragsverfahren@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

☐ Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____
für folgende Fachrichtung: _____

☐ Aufnahme der Tätigkeit **geplant** zum _____

☐ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

- ☐ Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- ☐ Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

☐ Vertragsarzt in ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ MVZ ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

☐ Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____

Name des MVZ

☐ Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____

Name der Einrichtung

☐ Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

☐ Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Entsprechend den Ausführungen zu Kapitel 30.3 EBM und unter Berücksichtigung der Erläuterungen zum jeweiligen arztgruppenspezifischen Leistungsverzeichnis wird die Genehmigung für folgende Leistungen beantragt:

- ☐ GOP 30300 Sensomotorische Übungsbehandlung - Einzelbehandlung
- ☐ GOP 30301 Sensomotorische Übungsbehandlung - Gruppenbehandlung

Fachliche Anforderungen

- ☐ Berechtigung zum Führen einer in der Präambel zu Kapitel 30.3 Abs. 1 EBM genannten Gebietsbezeichnung

oder

- ☐ Nachweis einer eigenen Zusatzqualifikation*

oder

- ☐ Nachweis über die Anstellung nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten) mit Zusatzqualifikation*. Dem Antrag sind die entsprechenden Qualifikationsnachweise und eine arbeitsvertragliche Vereinbarung beizufügen.

*) Nachweis eines erfolgreich abgeschlossenen speziellen Weiterbildungskurses des antragstellenden Arztes bzw. seines nichtärztlichen Mitarbeiters betreffend sensomotorische Übungsbehandlungen (z.B. PNF, Vojta, Bobath, Frostig, Kabat, Kiphart) mit Abschlussprüfung bzw. entsprechendem Zertifikat bei einem Ausbildungs- bzw. Fortbildungszentrum, welches von den Krankenkassen anerkannt ist.

Erklärungen und Hinweise

- Ist die Beschäftigung entsprechend qualifizierter nichtärztlicher Mitarbeiter Grundlage für die Erteilung der Genehmigung, besteht die Verpflichtung jede Änderung der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unverzüglich mitzuteilen.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....		
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....		
Datum	Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus)	Stempel