

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Physikalische Therapie

Antrag auf Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 30.4 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

Tarja Mayer
Christiane Stindt
Florian Hehl
Tel 069 24741-6543/ 6569/ 6360
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 30400	Massagetherapie
☐	GOP 30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie
☐	GOP 30402	Unterwasserdruckstrahlmassage
☐	GOP 30410	Atemgymnastik - Einzelbehandlung
☐	GOP 30411	Atemgymnastik - Gruppenbehandlung
☐	GOP 30420	Krankengymnastik – Einzelbehandlung
☐	GOP 30421	Krankengymnastik – Gruppenbehandlung
☐	GOP 30430	Selektive Phototherapie Hinweis: Nur für Vertragsärzte mit der berufsrechtlichen Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnungsfähig.
☐	GOP 30431	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie Hinweis: Nur für Vertragsärzten mit der berufsrechtlichen Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnungsfähig.

Fachliche Anforderungen

- ☐ Berechtigung zum Führen einer der in der Präambel zu Kapitel 30.4 Abs. 1 EBM genannten Gebietsbezeichnung
- oder**
- ☐ Nachweis der Berechtigung zum Führen der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie (Manuelle Medizin / Chirotherapie)
- oder**
- ☐ Nachweis über die Anstellung und Qualifikation nichtärztlicher Mitarbeiter
Dem Antrag sind die entsprechenden Qualifikationsnachweise (Nachweis über den entsprechenden Abschluss und Nachweis über die Berechtigung zur Ausübung des Berufes) und eine arbeitsvertragliche Vereinbarung beizufügen.

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