

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 _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

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:

| | | |
|--------------------------|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> | GOP 30400 | Massagetherapie |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30401 | Intermittierende apparative Kompressionstherapie |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30402 | Unterwasserdruckstrahlmassage |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30410 | Atemgymnastik - Einzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30411 | Atemgymnastik - Gruppenbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30420 | Krankengymnastik – Einzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | GOP 30421 | Krankengymnastik – Gruppenbehandlung |
| <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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 und eine arbeitsvertragliche Vereinbarung beizufügen.

