

**Meldung nach § 3 Abs. 6 und § 11 Abs. 8 des Rahmenvertrages zur Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie.**

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V eine Liste der Leistungserbringer im Heilmittelbereich. Soweit möglich, werden hierzu die bereits vorhandenen Zulassungsdaten genutzt.

1. Für Praxen, die von ARGENTUM im Hause des vdek verwaltet werden, können diese Angaben online über das Web-Portal auf [www.zulassung-heilmittel.de](http://www.zulassung-heilmittel.de) gemacht werden. Eine Meldung in Papierform entfällt dann.
2. Die Erstmeldung von bisher nicht gemeldeten Mitarbeitern hat bis zum 30.06.2022 zu erfolgen.

**Öffentliche Angaben zur Praxis. Diese Angaben werden vom GKV-Spitzenverband im Internet veröffentlicht. Aus der Anerkenniserklärung ging dies nicht deutlich genug hervor, daher bitten wir diese Daten hier noch einmal anzugeben:**

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

(Name der Praxis und Adresse werden automatisch veröffentlicht)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_

Homepage (optional) \_\_\_\_\_

Barrierefreiheit Ja  Nein  Rollstuhlgerechter Zugang: Ja  Nein

Zusatzausstattungen gemäß Anlage 5:

- Hydroelektisches Teilbad (Stangerbad)
- Hydroelektisches Vollbad (Stangerbad)
- Kohlensäurebad
- Kohlensäurebad (Teil- oder Vollbad)
- Krankengymnastik im Bewegungsbad
- Medizinische Bäder (Wärmetherapie mittels Teil-/Vollbäder mit Peloid./Paraf.)
- Sauerstoffbäder
- Übungsbehandlung im Bewegungsbad
- Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)
- Chirogymnastik
- KG-Gerät
- Elektrotherapie
- Inhalationstherapie
- Traktion
- Warmpackungen
- Ultraschallwärmetherapie

IK: \_\_\_\_\_

Mitarbeitermeldung (nur für nicht bereits gemeldete Mitarbeiter, bzw. Mitarbeiter ohne Abrechnungsberechtigung, da diese bisher nicht erfasst wurden):

Mitarbeitermeldungen müssen unverzüglich vor Beginn der Beschäftigung erfolgen. Abrechnungsberechtigungen werden frühestens zum Zeitpunkt des Antragseingangs bei der ARGE erteilt.

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigt ab: \_\_\_\_\_

Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (nur eine Auswahl möglich):

- Praxis,
- Hausbesuch
- Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 HeiIM-RL)

**Beigefügt sind:**

- Berufsurkunde
- Fortbildungszertifikate für Leistungen mit Abrechnungsberechtigung (MLD; MT etc.)

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigt ab: \_\_\_\_\_

Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (nur eine Auswahl möglich):

- Praxis,
- Hausbesuch
- Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 HeiIM-RL)

**Beigefügt sind:**

- Berufsurkunde
- Fortbildungszertifikate für Leistungen mit Abrechnungsberechtigung (MLD; MT etc.)