

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag\*

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von neurophysiologischen Übungsbehandlungen / Krankengymnastik** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

\*Für folgende Facharztgruppen ist eine Antragstellung nicht erforderlich. Diese können die Leistungen (GOP 30300 und 30301) ohne Genehmigung erbringen und abrechnen, vgl. Präambel zu Abschnitt 30.3 EBM: FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie, FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Neurologie, FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Neurochirurgie sowie FÄ für Orthopädie.

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Neurophysiologische Übungsbehandlungen (Krankengymnastik) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (GOP 30300 und 30301)

## 3. Fachliche Voraussetzungen

Bei **persönlicher Leistungserbringung** werden folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Facharztbezeichnung\* \_\_\_\_\_
- Ich habe bzw. der bei mir tätige Arzt hat an einer Weiter-/Fortbildungsveranstaltungen betreffend sensomotorische Übungsbehandlungen erfolgreich teilgenommen. (z.B. PNF, Vojta, Bobath, Frostig, Kabat, Kiphart).

Die **Leistungen werden an** \_\_\_\_\_ (Anzahl bitte angeben) Mitarbeiter/innen **delegiert**. Mein(e) Mitarbeiter erfüllen folgende fachliche Qualifikation zur Leistungserbringung:

- Berufliche Qualifikation
  - Krankengymnast  
\_\_\_\_\_ **Anzahl Mitarbeiter/innen**
  - Heilpädagoge,  
\_\_\_\_\_ **Anzahl Mitarbeiter/innen**
  - Ergotherapeut oder  
\_\_\_\_\_ **Anzahl Mitarbeiter/innen**
  - Physiotherapeut  
\_\_\_\_\_ **Anzahl Mitarbeiter/innen**
- und**
- Zusatzqualifikation betreffend sensomotorische Übungsbehandlungen (z.B. PNF, Vojta, Bobath, Frostig, Kabat, Kiphart)
- Über alle Änderungen hinsichtlich der Beschäftigung der nichtärztlichen Mitarbeiter werde ich die KVB umgehend informieren.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigte / MVZ-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller

| Checkliste         | Liegt der<br>KVB<br>bereits vor | Sind dem<br>Antrag<br>beigefügt |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1) Facharzturkunde | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.