

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft: _____
Straße und Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V eine Heilmittelerbringerliste. Soweit möglich, werden hierzu die bereits vorhandenen Zulassungsdaten genutzt. Einzelne Daten für diese Liste müssen jedoch neu erhoben werden. Dazu werden die folgenden Angaben benötigt.

Informationen zum Absender

Institutionskennzeichen: _____

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringers:

Praxissitz: Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Zu veröffentlichende Daten für die Heilmittelerbringerliste gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V i. V. m. § 11 Abs. 8 des Vertrages für Physiotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V

e) zu veröffentlichende Telefonnummer der Praxis: _____

f) zu veröffentlichende E-Mail der Praxis (optional): _____

g) zu veröffentlichende Homepage der Praxis (optional): _____

h) Barrierefreiheit: ja nein rollstuhlgerechter Zugang: : ja nein

i) Zusatzausstattung gemäß Anlage 5 des Vertrages für Physiotherapie nach § 125 Abs. 1 SGB V	ja	nein
Hydroelektisches Teilbad (Stangerbad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydroelektisches Vollbad (Stangerbad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlensäurebad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlensäurebad (Teil- oder Vollbad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik im Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Bäder (Wärmetherapie mittels Teil-/Vollbäder mit Peloid./Paraf.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffbäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übungsbehandlung im Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirogymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalationstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmpackungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschallwärmetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben gemäß § 11 Abs. 8 des Vertrages für Physiotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V

Die folgenden Angaben nach § 11 Abs. 8 lit. a) – d) sowie j) des Vertrages für Physiotherapie nach § 125 Abs. 1 SGB V für die Heilmittelerbringerliste gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V werden den vorhandenen Zulassungsdaten entnommen:

- a) Heilmittelbereich
- b) Abrechnungserlaubnis(se) für besondere Leistungen nach § 124 Absatz 2a SGB V
- c) Name der Praxis
- d) Anschrift
- j) Angaben zu § 125a SGB V

Dem zugelassenen Leistungserbringer ist bekannt, dass er für die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier angegebenen Daten sowie vorhandenen Zulassungsdaten verantwortlich ist. Än-

zu veröffentlichende Daten für die Heilmittelerbringerliste gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V i. V. m. § 11 Abs. 8
des Vertrages für Physiotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V

derungen an den vorhandenen Zulassungsdaten können gegenüber der zuständigen ARGE gemäß § 124 Abs. 2 SGB V mitgeteilt werden (https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/zulassende_stellen/zulassungsstellen).

Die o. g. Daten werden gemäß § 11 Abs. 8 des Vertrages für Physiotherapie gemäß § 125 Abs. 1 SGB V durch die Arbeitsgemeinschaften nach § 124 Abs. 2 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Arbeitsgemeinschaften gemäß § 124 Abs. 2 SGB V leiten diese Daten gemäß § 124 Abs. 2 Satz 8 SGB V an den GKV-Spitzenverband zum Zweck der Veröffentlichung für die Heilmittelerbringerliste gemäß § 124 Abs. 2 Satz 12 SGB V weiter.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers

Ggf. Unterschrift der fachlichen Leitung