

Bundesverbände und Organisationen der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband GbR, Berlin
- BKK Bundesverband GBR, Essen
- IKK e. V., Berlin
- Knappschaft, Bochum
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV), Köln

Federführend: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsträger der physikalischen Therapie
gemäß den Rahmenempfehlungen nach §125 Abs. 1 SGB V**

– Manuelle Lymphdrainage –

I: Antragsteller

1. Verantwortlicher Weiterbildungsträger

Bezeichnung: -----

Adresse: -----

2. Weiterbildungsstätte

Bezeichnung: -----

Adresse: -----

3. ggf. weitere Weiterbildungsstätten

Bezeichnung: -----

Adresse: -----

3. Ärztliche Leitung der Weiterbildung

Name: _____

Adresse: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Nachweise über spezifische klinische Erfahrungen sind beizufügen.

(Mind. zweijährige Tätigkeit in einer lymphologischen Fachklinik oder einer lymphologischen Abteilung)

4. Räumliche Voraussetzungen der Weiterbildungsstätte

Welche Räumlichkeiten stehen für die Weiterbildung zur Verfügung?

(Zahl und Größe, Verwendungszweck, ggf. abweichende Anschrift)?

Besteht eine Anbindung der Weiterbildungsstätte an eine Klinik mit lymphologischem Krankengut?

Nein

Ja

Adresse: _____

II: Weiterbildungscurriculum

1. Dauer

_____ Unterrichtsstunden

davon _____ Unterrichtsstunden in Theorie

davon _____ Unterrichtsstunden in Praxis

2. Zeitliche Durchführung (Kursintervalle)

In welchem Zeitraum ist die jeweilige Weiterbildungsmaßnahme abzuschließen und in welchen zeitlichen Intervallen wird der Kurs durchgeführt (Kursfahrplan beifügen)?

3. Weiterbildungsinhalte

Der Rahmenlehrplan des Curriculums mit exakter Angabe der Weiterbildungsinhalte ist beizufügen.

III. Abschluss

1. Prüfungsinhalt/-form

Umfasst die Abschlussprüfung eine theoretische Prüfung?

Ja Nein

Dauer und Art der Prüfung:

Umfasst die Abschlussprüfung eine praktische Prüfung?

Ja Nein

Dauer der Prüfung und Zahl der Teilnehmer

2. Prüfungskommission

Wer gehört der Prüfungskommission an?

Name	Funktion und Berufsbezeichnung
------	--------------------------------

3. Zeugnis

Es können nur Zertifikate von Teilnehmern anerkannt werden, die vor Eintritt in die Weiterbildung eine Berufsausbildung als Masseur, Masseur und medizinischer Bademeister oder Krankengymnast/Physiotherapeut abgeschlossen haben. Es gilt das Datum des erfolgreichen Abschlusses der Berufsausbildung.

Ein Muster des Zeugnisses, das die folgenden Angaben enthält, ist beizufügen:

- Art, Zeitraum und Dauer des Kurses
- Unterschriften des leitenden Arztes, des verantwortlichen Fachlehrers und eines weiterbildungsunabhängigen Mitgliedes
- Datum der erfolgreichen Teilnahme an der Abschlussprüfung

IV: Weiterbildungskräfte

Alle in der unter I.2. aufgeführten Weiterbildungsstätte tätigen Weiterbildungskräfte sind auf dem Beiblatt aufzuführen.

Es wird sichergestellt, dass alle Weiterbildungskräfte mindestens alle zwei Jahre an fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Mit diesen Unterschriften wird versichert, dass sämtliche Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Änderungen werden dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unverzüglich schriftlich angezeigt.

Datum und Unterschrift der ärztlichen Leitung

Datum und Unterschrift der Weiterbildungsstätte

Datum und Unterschrift des
verantwortlichen Weiterbildungsträgers

