



**GESUCH UM ZULASSUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER ZUR TÄTIGKEIT
ZU LASTEN DER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (OKP)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberater/in | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Podologe/in |
| <input type="checkbox"/> Logopäde/in | <input type="checkbox"/> psychologische/r Psychotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologe/in | |

Vorbemerkungen

- Bitte verwenden Sie dieses Formular **ausschliesslich** für die Beantragung einer OKP-Zulassung als natürliche, **selbstständig erwerbend tätige Person**. Angestellte Gesundheitsfachpersonen sind keine Leistungserbringer im Sinne des KVG, sondern immer die Organisation als juristische Person, bei welcher die Gesundheitsfachperson angestellt ist. Das Gesuch um Zulassung zur OKP für Einrichtungen/Organisationen finden Sie unter www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Zulassung zu Lasten OKP / Formulare.
- Für die OKP Zulassung ist eine gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Graubünden vorausgesetzt (Ausnahme: Neuropsycholog/innen). Sofern Sie nicht über eine solche Bewilligung verfügen, füllen Sie zusätzlich das Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung aus (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Berufe / Formulare) und reichen dieses mit den erforderlichen Belegen an die obige Adresse ein.

Angaben zur antragsstellenden Person		Beleg Nr.
Name, Vorname		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
e-mail		
Geburtsdatum		
Nationalität, Heimatort ¹⁾		

Angaben zur Tätigkeit		Beleg Nr.
Praxisbezeichnung		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
e-mail		
Zulassung beantragt per (Datum)		
Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelfirma ²⁾ <input type="checkbox"/> einfache Gesellschaft	
Führung als	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis ³⁾ <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis ⁴⁾	

Zulassungsvoraussetzungen	
Verfügen Sie über eine gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Graubünden?	<input type="checkbox"/> Ja ⁵⁾ , erteilt am <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung im Kanton GR beantragt am
Erforderliches qualifiziertes Personal ⁶⁾ , um Leistungen nach KVG erbringen zu können, vorhanden	Geben Sie bitte an, ob Sie über Personal verfügen und wie sich Ihr Personal zusammensetzt (Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe; berufliche Qualifikationen sowie die für die Leistungserbringung notwendigen und absolvierten Aus- und Weiterbildungen pro Person):
Geeignetes Qualitätsmanagementsystem vorhanden: Mit einem QMS soll ein systematisches Qualitätsmanagement sichergestellt werden. Im Fokus stehen dabei die Ermittlung sowie die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen. Ein QMS beinhaltet die systematische, gezielte und geplante Herangehensweise an die Umsetzung der Qualitätsziele des Leistungserbringers und die Strukturierung, Steuerung sowie stetige Optimierung der Abläufe durch die Erfassung und Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation.	<input type="checkbox"/> Ja. Beschreiben Sie bitte kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:
Geeignetes internes Berichts- und Lernsystem vorhanden: Mit einem Berichts- und Lernsystem (z.B. analog Critical Incident Reporting Netzwerke "CIRS" in Spitälern) werden unerwünschte Ereignisse festgehalten, analysiert, entsprechende Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt und ausgewertet. Dies mit dem ausdrücklichen Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, mit denen Todesfälle und Gefährdungssituationen in Zukunft verhütet werden können und welche die Erhöhung der Patientensicherheit zur Folge haben. Dieselben Ziele verfolgt auch ein übergeordnetes, gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk. Im Rahmen der Qualitätsverträge können die Anforderungen an solche Meldesysteme konkretisiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja. Umschreiben Sie bitte kurz Ihr internes Berichts- und Lernsystem und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:

Anschluss an einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja. Nennen Sie bitte den Namen des Netzwerks:
Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen, vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja. Geben Sie bitte an, über welche technische Ausstattung Sie verfügen: Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Ist die Mehrfachnutzung der Daten sichergestellt?

Diese Rubrik ist von allen Gesundheitsfachpersonen (ausser psychologischen Psychotherapeuten/innen) auszufüllen		Beleg Nr.
Praktische Tätigkeit während 2 Jahren (100% Pensum) bei OKP-zugelassener Gesundheitsfachperson des gleichen Berufs oder in Institution/Organisation unter Leitung einer OKP-zugelassenen Gesundheitsfachperson des gleichen Berufs ⁷⁾	Name und Adresse der Institution / Organisation / OKP-zugelassenen Gesundheitsfachperson	

Diese Rubrik ist von allen Gesundheitsfachpersonen (ausser Hebammen/Entbindungspfleger) auszufüllen		Beleg Nr.
Berufsausübung erfolgt selbstständig und auf eigene Rechnung ⁸⁾	Name und Adresse der Ausgleichskasse	

Diese Rubrik ist nur von Logopäden/innen auszufüllen		Beleg Nr.
Vom Kanton anerkannte 3-jährige theoretische und praktische Fachausbildung als Logopäde/in absolviert (mit erfolgreicher Prüfung in Linguistik, Logopädie, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Recht) ⁹⁾	Name und Adresse der Hochschule/Universität	

Diese Rubrik ist nur von Neuropsychologen/innen auszufüllen		Beleg Nr.
Sie verfügen über einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen Weiterbildungstitel Neuropsychologie / Fachtitel Neuropsychologie FSP ¹⁰⁾		

Diese Rubrik ist nur von Podologen/innen auszufüllen		Beleg Nr.
Sie verfügen über ein Diplom HF	<input type="checkbox"/> Ja ¹¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹²⁾	

Diese Rubrik ist nur von psychologischen Psychotherapeuten/innen auszufüllen		Beleg Nr.
<p>Klinische Erfahrung während 3 Jahren (100% Pensum), davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja ¹³⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie" vom 1.7.2009 in der Fassung vom 15.12.2016 <input type="checkbox"/> Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie" vom 1.7.2006 in der Fassung vom 20.12.2018 <p>Name der Weiterbildungsstätte:</p> <p>Fachgebiet und Kategorie:</p> <p>Datum (von – bis):</p> <p><input type="checkbox"/> Nein ¹⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ich habe bei einer Psychiaterin / einem Psychiater delegiert oder in einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Einrichtung gearbeitet ¹⁵⁾ <input type="checkbox"/> ich habe selbständig oder in einer anderen Institution der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (keine SIWF Institution) gearbeitet ¹⁶⁾ <p>Arbeitspensum:</p> <p>Datum (von – bis):</p>	

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen muss, sobald entweder ein entsprechender Qualitätsvertrag im Sinn von Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt worden ist oder der Bundesrat – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – die entsprechenden Regeln festgelegt hat. Mir ist bewusst, dass ich als Leistungserbringer mich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten muss, auch unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft.

Ich bestätige, dieses Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ich ermächtige die Bewilligungsbehörde, Auskünfte über mich bei der Ausgleichskasse über meinen Status einzuholen.

Ort, Datum	Unterschrift

Einzureichende Belege:

- 1) Kopie Pass oder Identitätskarte
- 2) Kopie Handelsregisterauszug (falls vorhanden)
- 3) bei Gruppenpraxen teilen mehrere Fachpersonen die gleichen Räumlichkeiten, ev. Personal, sind aber auf eigene Rechnung tätig und arbeiten für sich (wirtschaftliche Trennung)
- 4) bei Gemeinschaftspraxen arbeiten mehrere Fachpersonen zusammen, teilen das Personal und Apparate und stellen auch gemeinsam Rechnung (Zusammenlegung des Geschäftsergebnisses)
- 5) Neuropsychologen/innen: Keine Bewilligungspflicht im Kanton Graubünden
Podologen/innen, die am 1. Januar 2022 über eine kantonale Bewilligung als Podologe/in zur Behandlung von Risikopersonen in eigener fachlicher Verantwortung verfügen, haben über folgende Abschlüsse zu verfügen:
 - a. Fähigkeitszeugnis als Podologe/in des Schweizerischen Podologen-Verbandes (SPV)
 - b. Fähigkeitszeugnis des Fachverbandes Schweizerischer Podologen (FSP)
 - c. Diplom als Podologe/in des Kantons Tessins ergänzt mit dem bestandenen Kurs über den diabetischen Fuss des Centro professionale sociosanitario (CPS) Lugano in Zusammenarbeit mit der Unione dei podologi della Svizzera italiana (UPSI)
- 6) Das für die Leistungserbringung erforderliche Personal muss während der ganzen Dauer der Leistungserbringung in ausreichender Anzahl verfügbar und für die Leistungserbringung ausgebildet sein, damit die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden kann. (Quelle: Erläuternder Bericht zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], S. 25).
- 7) Kopie Arbeitszeugnisse/Arbeitsbestätigungen für praktische Tätigkeit:
Hebammen / Entbindungspfleger: Tätigkeit bei Hebamme / Entbindungspfleger mit OKP-Zulassung oder in geburts-hilflicher Spitalabteilung / in Organisation der Hebammen / Entbindungspfleger unter Leitung Hebamme bzw. Entbin-dungspfleger mit OKP-Zulassung
Physiotherapeut/in: Tätigkeit bei Physiotherapeut/in mit OKP-Zulassung oder in physiotherapeutischer Spitalspezial-abteilung / in Organisation der Physiotherapie unter Leitung Physiotherapeut/in mit OKP-Zulassung
Ergotherapeut/in: Tätigkeit bei Ergotherapeut/in mit OKP-Zulassung oder in ergotherapeutischer Spitalabteilung / in Organisation der Ergotherapie unter Leitung Ergotherapeut/in mit OKP-Zulassung
Pflegfachpersonen: Tätigkeit bei Pflegefachfrau/-mann mit OKP-Zulassung oder in Spital/Pflegeheim/Spitex unter Leitung Pflegefachfrau/-mann mit OKP-Zulassung
Logopäde/in: Tätigkeit in klinischer Logopädie, davon mindestens 1 Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (ORL, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein Logopäde/in mit OKP-Zulassung. Ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung Logopäde/in mit OKP-Zulassung in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie absolviert werden
Ernährungsberater/in: Tätigkeit bei Ernährungsberater/in mit OKP-Zulassung oder in Spital / in Organisation der Ernährungsberatung unter Leitung Ernährungsberater/in mit OKP-Zulassung
Neuropsychologe/in: Dieser Nachweis ist von Neuropsychologen/innen nicht zu erbringen
Podologe/in: Tätigkeit bei Podologe/in mit OKP-Zulassung oder in Spital/ Pflegeheim/Spitex/Organisation der Podologie unter Leitung Podologe/in mit OKP-Zulassung
 Bei Podologen/innen, die am 1. Januar 2022 über ein Diplom einer höheren Fachschule gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12. November 2010 in der Fassung vom 12. Dezember 2014 oder eine gleichwertige Ausbildung ge-mäss Ziff. 7.1 des Rahmenlehrplans oder einen Abschluss gemäss Fussnote 5) besitzen, wird jede praktische Tätig-keit nach dem Erwerb des Diploms als Podologe/in vor dem 1. Januar 2022 und während vier Jahren danach für die Erfüllung des Erfordernisses der 2jährigen praktischen Tätigkeit angerechnet, auch wenn die Tätigkeit die Voraussetzungen unter dieser Fussnote nicht erfüllt
- 8) Bestätigung der Ausgleichskasse für Anmeldung zur Anerkennung als selbstständig erwerbend
- 9) Kopie des EDK-Diploms dipl. Logopäde/-pädagogin oder Bachelor of Arts in Speech and Language Therapy
- 10) Kopie des Abschlusses in Psychologie sowie Kopie des eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiter-bildungstitels in Neuropsychologie nach PsyG oder des Fachtitels Neuropsychologie der FSP
- 11) Kopie des Diploms HF gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12.11.2010 (Fassung 10.12.2014) oder gleichwertiger Ausbildung gemäss Ziff. 7.1. Rahmenlehrplan
- 12) Siehe Fussnote 5)
- 13) Kopien der Arbeitszeugnisse/Arbeitsbestätigungen für klinische Erfahrung (mit Angaben zur Pensumshöhe)
- 14) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, welche per 1. Juli 2022 über eine psychotherapeutische Berufserfahrung in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von mindestens drei Jahren verfügen, die von einer qualifizierten Supervision begleitet wurde, werden zugelassen, auch wenn diese Berufserfahrung die Vo-raussetzungen nach Art. 50c lit. b KVV nicht erfüllt. Bei einer Teilzeitbeschäftigung verlängert sich die Mindestdauer entsprechend.
- 15) Kopie Arbeitszeugnis
- 16) Vollständiger Lebenslauf **und** Belege der Supervision durch ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die bereits vor mindestens fünf Jahren ihre Fachausbildung abgeschlossen haben (21 Stunden für drei Jahre Vollzeitäquivalent)