



## **Chiropraktorin / Chiropraktor**

### **Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP**

Erneuerung der Zulassung um weitere 10 Jahre

Erneuerung der Zulassung um weitere 3 Jahre (ab Erreichen des 70. Altersjahres)

### **Zutreffendes bitte ankreuzen**

Das Gesuchsformular führt schrittweise durch alle hierfür notwendigen Angaben und Beilagen.

Es ist vollständig und elektronisch ausgefüllt und (nach Speicherung, ohne Einscannen) als PDF mit allen erforderlichen Beilagen per Email zuzustellen an:

gesundheitsberufe@gd.zh.ch

## **1. Angaben zur Person**

### **1.1 Personalien**

Name

Frühere Name(n)

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

### **1.2 Wohnadresse**

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

## **2. Ich verfüge seit**

**über eine Zulassung der Tätigkeit zulasten der OKP**



### 3. Qualitätskriterien

#### **1. Verfügen Sie über das erforderliche qualifizierte Personal, um Ihre Leistungen nach KVG erbringen zu können?**

Ja

**Erforderliche Beilage:** Personalspiegel mit folgenden Angaben:

- Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe;
- berufliche Qualifikationen sowie die für die Leistungserbringung notwendigen und absolvierten Aus- und Weiterbildungen pro Person)

#### **2. Verfügen Sie über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem?**

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:

#### **3. Verfügen Sie über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem?**

Mit diesem werden z.B. analog einem CIRS in Spitälern unerwünschte Ereignisse festgehalten, analysiert und entsprechende Verbesserungsmassnahmen durchgeführt. Ein solches System kann papiergestützt oder elektronisch aufgebaut sein.

Ja

Nennen Sie einen Namen, falls ein elektronisches System existiert:  
Nennen Sie uns die Inhalte, falls ein papiergestütztes System existiert:

#### **4. Sind Sie einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen?**

Nein: Begründung

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, nennen Sie bitte den Namen des Netzwerks

#### **5. Verfügen Sie über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen?**

Nein: Begründung

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, über welche technische Ausstattung Sie



verfügen: Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Ist die Mehrfachnutzung der Daten sichergestellt?

**Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen müssen, 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.**

**Als Leistungserbringer müssen Sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten, auch unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft.**

Liegen die unter 4) und 5) aufgeführten nationalen Ausstattungen vor, ist dies der Abteilung Gesundheitsberufe & Bewilligung (Kontakt oben) umgehend mitzuteilen.

Die Gesundheitsdirektion verzichtet auf eine Unterschrift.

Bitte stellen Sie das vollständig elektronisch ausgefüllte Formular (nach Speicherung, ohne Einscannen) als PDF Formular **inkl. alle Beilagen** per Email an obengenannte Adresse zu.

Wenn das Gesuch vollständig eingereicht ist, dauert die Gesuchsbearbeitung in der Regel ca. 8 Wochen.

Bei unvollständig ausgefüllten Gesuchsformular und/oder unvollständigen Beilagen behalten wir uns vor, Ihnen das Gesuch zurückzusenden.

**Bitte beachten Sie die Befristung der Berufsausübungsbewilligung, da diese unter Umständen auch erneuert werden muss.**

Für Rückfragen:

[gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch)