

Antrag auf Durchführung und Abrechnung der Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

gem. der „Rehabilitations-Richtlinie“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im MVZ

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Fachliche Voraussetzungen

Nach § 11 Abs. 2 der „Rehabilitations-Richtlinie“ weise ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach:

Berechtigung zum Führen der ja nein

Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

oder

**Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationsmedizin“
oder fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“**
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

oder

**mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten
Rehabilitationseinrichtung**
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

oder

**Erstellung von mindestens 20 Rehabilitationsgutachten im Jahr vor
Antragstellung**
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

oder

**Teilnahme an einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannten Fortbildung
über 16 Stunden**

Die Unterlagen habe ich diesem Antrag beigefügt.

Erklärung

Im Zusammenhang mit dem vorstehenden Antrag gebe ich folgende Erklärung ab:

Ich bin damit einverstanden, dass die KVHB bei Anfragen über entsprechend qualifizierte Praxen meine Praxisadresse weitergibt.

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZb zw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes