



**Landesstelle
Qualitätssicherung
Medizinische Rehabilitation**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Gertraude Euler
Tel.: 069 79502-480 • Fax: 069 79502-388

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Verordnung medizinischer Rehabilitation

Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____

Anschrift (Praxis/MVZ, Klinik/Institut) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

**Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:**

Vertragsärztliche Tätigkeit beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____

Anschrift/Ort der geplanten Tätigkeit _____

Art der vertragsärztlichen Tätigkeit: _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum _____

NACHWEIS DER FACHLICHEN VORAUSSETZUNGEN
--

Ich verfüge über folgende Qualifikationsnachweise:

- Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“
- oder**
- Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“
- oder**
- Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“
- oder**
- Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie

- Entsprechende Urkunden sind beigelegt bzw. liegen der KV Hessen bereits vor.
- oder**
- Nachweis über eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung.
Ein entsprechendes Zeugnis ist beigelegt.
- oder**
- Nachweis über die Erstellung von mindestens 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) **im Jahr vor dieser Antragstellung.**
Kopien der Gutachten sind beigelegt.
- oder**
- Erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung von 16 Stunden.
Teilnahmebescheinigung ist beigelegt.
- oder**
- Vorlage einer schriftlichen Bestätigung (Selbsterklärung), dass **im Jahr vor Erteilung der Genehmigung** mindestens 20 Rehabilitationsgutachten erstellt wurden. **Die Bestätigung ist beigelegt.**

Hinweis

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel