



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 462, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

gemäß der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur
Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ vom 25.02.2005

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



**Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung
der genehmigungspflichtigen Leistung**

zur medizinischen Rehabilitation nach der EBM Nr. 01611

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

2. _____
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

3. _____
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

4. _____
Anschrift,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

Ich verfüge über folgende Qualifikation:

a.) Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“

oder

b.) Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“

oder

c.) Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“

oder

d.) fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“

oder

e.) Nachweis einer mindestens 1-jährigen Tätigkeit in einer stationären oder
ambulanten Rehabilitationseinrichtung

oder



- f.) Nachweis (BfA/LVA Beauftragung o.ä.) von mind. 20 erstellten
Rehabilitationsgutachten, auch für andere Sozialleistungsträger
(insbesondere Rentenversicherungsträger), im Jahr vor Antragstellung
- oder
- g.) Zertifikat über den erfolgreichen Abschluss einer Fortbildung von 16 Stunden,
die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden
der Krankenkassen anerkannt ist
- oder
- h.) Nachweis über eine gleichwertige Befähigung und erfolgreiche Teilnahme an
einem Kolloquium



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist** (gemäß § 2 der Vereinbarung).

Hiermit verpflichte ich mich, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-Richtlinien zu erbringen.

Ich habe entsprechende Nachweise (Zeugnisse, Urkunden, Bescheinigungen etc.) in Kopie beigefügt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben:

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung