

Verordnung Medizinischer Rehabilitation -leicht (er) gemacht-

Inhalt

Seit dem 1. April 2016 kann jeder Vertragsarzt die Reha-Verordnung ohne den Nachweis einer Zusatzqualifikation verordnen und seit dem 1. April 2018 auch die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Dennoch möchten wir mit diesem Seminar besonders Vertragsärzte unterstützen, die bisher noch keine Erfahrungen und Kenntnisse in der Verordnung von med. Rehabilitation erlangt haben oder diejenigen, die Ihr vorhandenes Wissen auffrischen bzw. vertiefen wollen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Es zeigt sich, dass die Reha-Verordnung, will man sie korrekt vornehmen, einige Anforderungen stellt, mit denen man sich vertraut machen sollte. Nach wie vor verlangt der Reha-Antrag präzise Begründungen, klar umrissene Voraussetzungen und für das korrekte Ausfüllen eine gute Kenntnis des Formulars. Ziel ist es, spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu erwerben und zu vertiefen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation im System der GKV erläutert.

Schwerpunkte

- Rahmenbedingungen der Rehabilitation
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Einleitung und Verordnung einer Rehabilitation
- Anwendungsbeispiele

Referenten:	Frau Dr. med. Sabine Grotkamp
Zielgruppe:	Praxisinhaber*innen
Teilnehmeranzahl:	40
Seminartermin:	Mittwoch, 5. Juni 2019, 15 bis 19 Uhr
Seminarort:	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
Fortbildungspunkte:	4
Teilnehmergebühr:	35 Euro inklusive Getränke und Verpflegung
Anmeldung:	Marlen Hilgenböcker KV Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
Straße Hausnr.	Berliner Allee 22
PLZ Ort	30175 Hannover
Telefon	0511 380-3311
Telefax	0511 380-4620
E-Mail	seminarangebote@kvn.de

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit _____ Person/en teil.

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.