



Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation

Fasanenstr. 5, 10623 Berlin, Telefon: 030 - 28 44 96 6, Telefax: 030 - 28 44 96 70

Aufnahmeantrag

Bitte für jede Einrichtung getrennt ausfüllen.

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Aufnahme als ordentliches Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Antragsteller:

.....
Name

.....
Straße

Postleitzahl

Ort

.....
Telefon

Telefax

E-mail

Postanschrift: (falls abweichend)

.....
Straße

Postleitzahl

Ort

.....
Telefon

Telefax

E-mail

Name der Klinik / Einrichtung:

Gruppenunternehmen

ja nein

.....

Name der Klinikgruppe:

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

Telefax

E-mail

Geschäftsführung der Klinikgruppe:

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

Telefax

E-mail

Verwaltungsleitung / Geschäftsführung der Einrichtung:

Titel

Vorname

Name

Gebiets- / Berufsbezeichnung

Telefon

Telefax

E-mail

Ärztliche Leitung der Einrichtung:

Titel

Vorname

Name

Telefon

Telefax

E-mail

Ansprechpartner für die DEGEMED:

Titel

Vorname

Name

Telefon

Telefax

E-mail

Strukturdaten der Einrichtung:

Behandlungsplätze stationär _____ teilstationär _____ ambulant _____

Fachzuordnung der Rehabilitationseinrichtung und Hauptindikationsbereiche
(in Anlehnung an den Fachabteilungsschlüssel der Rentenversicherungsträger)

- Innere Medizin /darunter:
 - Kardiologie
 - Hämatologie und internistische Onkologie
 - Gastroenterologie
 - Nephrologie
 - Endokrinologie
 - Rheumatologie
 - Lungen- und Bronchialheilkunde
 - Gynäkologie
 - Augenheilkunde
 - Orthopädie mit Rheumatologie
 - Psychosomatik, Psychotherapie
 - Suchterkrankungen
 - Urologie
 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Orthopädie
 - Neurologie
 - Dermatologie
 - Pädiatrie
- Sonstige

Abteilungen in der Einrichtung mit ausgewiesenen Schwerpunkten:

	Schwerpunkt der Abteilung	Bettenanzahl
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Hauptbeleger /Kosten- und Leistungsträger

- 1.
- 2.
- 3.

Wir bestätigen, dass wir die Grundpositionen der DEGEMED e.V. vertreten und wir verpflichten uns, die Qualitätsgrundsätze der DEGEMED e.V. in unserer Rehabilitationspraxis einzuhalten sowie deren Umsetzung sicherzustellen und zu überprüfen.

.....

Ort

Datum

Unterschrift

Bestätigung als ordentliches Mitglied

Hiermit bestätigt der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. die Aufnahme des Antragstellers als ordentliches Mitglied in die DEGEMED.

.....

Ort

Datum

Unterschrift