

**Antrag
auf Anerkennung belegärztlicher Tätigkeit gemäß §§ 38 bis 41
Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Versorgung**

Hiermit beantrage die Anerkennung als Belegärztin/Belegarzt für die stationäre kassenärztliche Versorgung, gemäß §§ 38 bis 41 Bundesmantelvertrag/Ärzte,

in der Fachabteilung: _____

des/der Krankenhauses/Klinik: _____

als Ärztin/Arzt für: _____

Die näheren Erläuterungen zu meinem Antrag gehen aus dem in der Anlage beigefügten Auszug aus dem Bundesmantelvertrag – Ärzte, 10. Abschnitt – Belegärztliche Tätigkeit hervor.

Sollten sich die Verhältnisse meiner stationären Tätigkeit nach Anerkennung als Belegärztin/Belegarzt gegenüber den von mir gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hiervon sofort Mitteilung zu machen.

Datum

Unterschrift

Kassenarztstempel

Anlage

zum Antrag auf Anerkennung belegärztlicher Tätigkeit gemäß §§ 38 bis 41
Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Tätigkeit

Name: _____

Vorname: _____

Gebietsbezeichnung/Fachkunde: _____

Privatanschrift:

Praxisanschrift (Hauptstandort)

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon _____

E-Mail _____

angestellte/r Ärztin/Arzt bei: _____

ab/seit: _____

Entfernung des Krankenhauses von der Privatwohnung:

_____ km (gefahren) Fahrzeit ca. _____ Minuten

Entfernung des Krankenhauses von der Praxis:

_____ km (gefahren) Fahrzeit ca. _____ Minuten

Anzahl der Belegbetten für den Antragssteller: _____ Betten

Wird ein Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorgehalten? ja nein

Kann der nachgeordnete Dienst des Krankenhauses in Anspruch genommen werden? ja nein

Wenn ja, für welche Aufgaben? _____

Stehen für die stationäre Behandlung weitere Ärzte/innen bzw. Belegärzte/innen zur Verfügung (z. B. für Operationsassistenz)? ja nein

Wenn ja, welche Ärzte/innen: _____

Werden neben der ambulanten und stationären Tätigkeit weitere Nebentätigkeiten ausgeübt (z. B. Werksarzt/in)? ja nein

Wenn ja, welcher Art ist diese Tätigkeit und welchen Umfang nimmt sie von der Gesamttätigkeit ein? _____

Datum

Unterschrift

ERKLÄRUNG

des Krankenhauses _____
gemäß § 38 bis 41 Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Versorgung

Hiermit bescheinigen wir Herrn / Frau Dr. med. _____
Ärztin/Arzt für _____ ,
dass ihr/ihm belegärztliche Tätigkeit im Rahmen unseres Krankenhauses gestattet wird.

Zur stationären Behandlung werden Belegbetten wie folgt zur Verfügung gestellt:
Fachabteilung: _____ Belegbetten insgesamt: _____

Anzahl der Belegbetten für den Antragsteller: _____ Betten

Datum

Unterschrift / Stempel