



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte)

LANR | | | | | | | | | | | | | | | | **BSNR** | | | | | | | | | | | | | | | |

Titel _____

Name _____ **Vorname** _____

Facharztbezeichnung _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort **der Hauptbetriebsstätte**

E-Mail-Adresse Telefonnummer

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab _____
tt.mm.jj

Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt.
(Name des MVZ)

2. Beantragung

Die Belegarztanerkennung wird für folgendes Krankenhaus beantragt:

Name **des Krankenhauses**

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort **des Krankenhauses**

vorhandene Belegbetten: _____
Anzahl

Fachrichtung: _____

Wird die Belegabteilung von weiteren Vertragsärzten genutzt?

Ja Nein

wenn ja —————> Name/n des/der Vertragsarzt/-ärzte:

Der Belegarzt verfügt bereits über eine Belegarztanerkennung für ein anderes Krankenhaus und soll zusätzlich an o.g. Krankenhaus belegärztlich tätig werden:

Ja Nein

Wichtiger Hinweis:

Bei Antragstellung ist der zwischen dem Antragsteller und dem Krankenhaus abgeschlossene Belegarztvertrag (in Kopie) beizufügen.

3. Erklärung

Zur Nebentätigkeit:

Ich erkläre, dass ich/der Belegarzt neben der ambulanten ärztlichen Tätigkeit keine anderweitige Tätigkeit ausübe/ausübt, die eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung von Patienten beeinträchtigt.

Zur Entfernung:

Die Entfernung/Fahrzeit zum Krankenhaus beträgt

- vom Hauptwohnsitz _____ km und durchschnittlich _____ Minuten

Wohnort _____

- von der Praxis _____ km und durchschnittlich _____ Minuten

Ich erkläre, dass meine/die Wohnung und meine/die Praxis so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von mit/dem Belegarzt ambulant und stationär zu betreuende Versicherten gewährleistet ist.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVMV meinen Antrag mit den darin gemachten Angaben an die Landesverbände der Krankenkassen zum Zwecke der Herstellung des nach § 40 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte erforderlichen Einvernehmens weiterleitet.

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

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/
MVZ-Vertreter

**bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt
zusätzlich:**

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Stempel Antragsteller



Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

Antragsteller

Titel _____, Name _____, Vorname _____

bzw.

beim Antragsteller tätiger Arzt

Titel _____, Name _____, Vorname _____

Hiermit bestätigen wir, dass die Belegung der Belegbetten in gemeinsamer Absprache/Kooperation im folgenden Sinne erfolgt:

Es wird zugesichert, dass von den als Belegarzt tätigen Vertragsarzt/-ärzten die Gesamtkapazität der Belegbetten

im Krankenhaus
.....
.....

in Höhe von Betten

für die Fachrichtung

entsprechend des dem Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern genehmigt ist und nicht überschritten wird.

Unterschrift/Stempel
Krankenhaus

Ort, Datum