

ANTRAG auf Anerkennung als Belegarzt

Titel							
Vorname							
Familiename							
Erst- wohnsitz *	PLZ, Ort						
	Straße, Nr.						
Praxis- anschrift *	PLZ, Ort						
	Straße, Nr.						
die belegärztliche Tätigkeit wird beantragt als Facharzt für							

Name der Belegklinik							
Anschrift der Klinik *	PLZ, Ort						
	Straße, Nr.						

* Nicht geeignet zur Ausübung einer belegärztlichen Tätigkeit ist gemäß § 39 Abs. 5 BMV-Ä ein Arzt, dessen Wohnung und Praxis nicht so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist; hat der Arzt mehrere Betriebsstätten, gilt dies für die Betriebsstätte, in welcher hauptsächlich die vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Nach dem LSG Schleswig-Holstein sind mehr als 30 Minuten Fahrtzeit eine nicht mehr erträgliche Zeitspanne. Längere Fahrtzeiten führen daher regelmäßig zur Ablehnung des Antrags.

Ab wann möchten Sie belegärztlich tätig werden?	
---	--

Wird die belegärztliche Tätigkeit von einem anderen Arzt übernommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____
Teilnahme am Honorararztmodell gemäß § 121 Abs. 5 SGB V?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	ist beigefügt	wird nachgereicht	liegt bereits vor
Bescheinigung des Krankenhauses (Gestattung der belegärztlichen Tätigkeit und Anzahl der zur Verfügung stehenden Belegbetten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst nach Erhalt der schriftlichen Genehmigung über die Anerkennung als Belegarzt eine belegärztliche Tätigkeit ausüben darf. Da vor der Genehmigung das Einvernehmen mit den Krankenkassen hergestellt werden muss, kann das Verfahren einige Zeit in Anspruch nehmen.

Datum	Unterschrift und Stempel
-------	--------------------------