

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Sicherstellung / Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Telefax: 069 24741-68804
E-Mail: Bedarfspruefung@kvhessen.de

Antrag **auf Anerkennung als Belegarzt/Belegärztin**

gemäß § 121 SGB V in Verbindung mit § 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte

Bitte den Antrag in Maschinschrift oder in Druckschrift ausfüllen!

Name, Arbeitgeber, Träger:

.....

LANR:

Name des/der Angestellten:

Anschrift, Telefon, Fax:

Fachgebiet:

Teilgebiet/Schwerpunkt:

Zulassung gem. § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32 b Ärzte-ZV am:

beantragt ab:

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Sicherstellung / Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Telefax: 069 24741-68804
E-Mail: Bedarfspruefung@kvhessen.de

Bescheinigung des Krankenhausträgers

Name und Anschrift des Krankenhauses, ggf. Betriebsstätte – bitte vollständige Adresse angeben -

Wir bestätigen hiermit, dass wir dem Arzt/der Ärztin für

Herr/Frau Dr. med.

in der Abteilung.....

zur belegärztlichen Tätigkeit ab

insgesamt Betten zur Verfügung stellen/gestellt haben.

Es wurde ein kooperativer Belegarztvertrag geschlossen

Ja

nein

mit

Name und Anschrift

Für die in dieser Belegabteilung in der allgemeinen Pflegeklasse versorgten stationären Behandlungsfälle werden wir den Kostenträgern für Sozialversicherte den vom Sozialministerium für die Belegarztbetten unseres Hauses festgesetzten Pflegesatz in Rechnung stellen.

Wir bestätigen ferner, dass für das Belegarztverhältnis die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Grundsätze zur Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten berücksichtigt wurden. It Ausnahme einer eventuellen Kostenerstattung für die in der Belegabteilung tätigen, vom Krankenhaus angestellten nachgeordneten Ärzte, werden für die belegärztliche Tätigkeit besondere Aufgaben, insbesondere für die Inanspruchnahme der Räume, des Instrumentariums, des Pflegepersonals und der übrigen Hilfskräfte, nicht erhoben (Ziffer IV/8 der vereinbarten Grundsätze).

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift