

## Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

### Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

### Niedergelassene Vertragsärzte

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

### Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

### Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Anerkennung als Belegarzt gemäß § 40 Abs. 2 des Bundesmantel-Vertrages-  
Ärzte im:**

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

**Abteilung:** \_\_\_\_\_

\*Die vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten und aktuell im Krankenhausplan ausgewiesenen Belegbetten werden:

- allein  
 in Kooperation

genutzt.

Wenn Nutzung in Kooperation, bitte Angabe, mit wem:

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Praxissitz: \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Praxissitz: \_\_\_\_\_

3. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Praxissitz: \_\_\_\_\_

**Hinweis:**

*Jeder der aufgeführten Kooperationspartner muss für sich persönlich einen Antrag auf Anerkennung als Belegarzt stellen, sofern nicht bereits für o.g. Krankenhaus eine Belegarztanerkennung ausgesprochen wurde.*

\*Anzahl der

kooperativ \_\_\_\_\_

alleine \_\_\_\_\_

genutzten und vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Belegbetten.

\*Beginn der belegärztlichen Tätigkeit zum: \_\_\_\_\_

Entfernung Wohnung/Krankenhaus (km): \_\_\_\_\_

Entfernung Krankenhaus/Praxis (km): \_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Die mit einem \* gekennzeichneten Angaben müssen von Seiten des Krankenhauses mittels der beiliegenden Einverständniserklärung in schriftlicher Form bestätigt werden.

Neben der ambulanten und stationären Tätigkeit werden weitere Nebentätigkeiten ausgeübt:

- ja  
 nein

Wenn ja: Trotz dieser Nebentätigkeit ist eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung meiner stationären Patienten gewährleistet.

Anteil der Nebentätigkeit im Vergleich mit der Gesamttätigkeit: \_\_\_\_\_

### Verpflichtungen/ Erklärungen

Sollten sich die o.g. Angaben betreffend meiner stationären Tätigkeit nach Anerkennung als Belegarzt ändern, verpflichte ich mich, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt hiervon unverzüglich davon in Kenntnis zu setzen, um eine ggf. vorab erforderliche Genehmigung einholen zu können.

Mit ist bekannt, dass ein Arzt, bei dem wegen eines in der Person liegenden wichtigen Grundes die stationäre Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist, als Belegarzt nicht geeignet ist.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte