

## Einverständniserklärung des Krankenhauses

gemäß § 40 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte  
bzw. § 32 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen

Hiermit bescheinigen wir, dass wir

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

die belegärztliche Tätigkeit in unserem Krankenhaus gestatten:

- ja  
 nein

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

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

- allein  
 in Kooperation

Wenn Nutzung in Kooperation, bitte Angabe, mit wem:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\*Anzahl der

- kooperativ \_\_\_\_\_  
 alleine \_\_\_\_\_

genutzten und vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Belegbetten.

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

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

\_\_\_\_\_  
Stempel des Krankenhauses / Unterschrift