

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