

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
auf Anerkennung als Belegarzt gem. § 40 Bundesmantelvertrag/Ärzte

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung Angestellter Arzt in einer Arztpraxis
 Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ bei: _____

II. Beantragte Leistungen

Unter Bezugnahme auf die Erklärung des Krankenhausträgers und unter Bestätigung der darin enthaltenen Angaben beantrage ich hiermit gemäß § 40 Bundesmantelvertrag/Ärzte die Anerkennung als Belegarzt

im Krankenhaus in

Die Entfernung bzw. der Zeitaufwand beträgt:

zwischen Praxis und KH km Min.

Eine ordnungsgemäße und unverzügliche Versorgung der von mir ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten ist gewährleistet.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
--------------	--	---

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

IV. Erklärung des Krankenhausträgers zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Es wird hiermit bescheinigt, dass wir

Dr. med.

in der Abteilung

des Krankenhauses in

zur belegärztlichen Tätigkeit mit Wirkung vom

insgesamt in allen Pflegeklassen Betten (Anzahl) zur Verfügung stellen.

_____, den _____

Unterschrift und Stempel
des KH