



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
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 KHkmMin.

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

