



**Antrag auf Anerkennung als Belegarzt**

**Name:** Dr. med. ....

**Privatanschrift**

**Praxisanschrift (Hauptstandort)**

**Straße:** .....

.....

**PLZ / Ort:** .....

.....

**Telefon** .....

.....

1. Außer der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit übe ich keine Nebentätigkeit (jede Nebentätigkeit ist ggf. im Einzelnen anzugeben ) aus, die die ordnungsgemäße stationäre Versorgung der Patienten nicht gewährleisten könnte.
2. Hiermit wird auch bestätigt, dass keine belegärztliche Tätigkeit an einem anderen Krankenhaus ausgeübt wird.

**Entfernung**

zwischen Praxis (**Hauptstandort**) und Krankenhaus ..... km

zwischen Wohnung und Krankenhaus ..... km

**Zeitaufwand**

zwischen Praxis (**Hauptstandort**) und Krankenhaus ..... Minuten

zwischen Wohnung und Krankenhaus ..... Minuten

**Erklärung vom Krankenhaus auszufüllen**

Antrag des (r) Herrn / Frau Dr. med. ....

Facharzt für .....

in ..... auf Anerkennung als Belegarzt

Das Krankenhaus ..... ist bereit,

Herrn / Frau Dr. med. ....

die belegärztliche Tätigkeit zu gestatten und stellen ihm / ihr

..... Betten zur Verfügung.

Die Belegbetten wurden bis zum ..... von Herrn / Frau

Dr. med. .... genutzt.

Der Krankenhausplan / Versorgungsvertrag sieht folgende Bettenzahl für die Belegabteilung

vor .....

Diese Betten teilen sich nunmehr wie folgt auf:

Dr. med.

..... = ..... Belegbetten

..... = ..... Belegbetten

..... = ..... Belegbetten

..... = ..... Belegbetten

..... = ..... Belegbetten

..... = ..... Belegbetten

.....  
( Ort / Datum )

.....  
( Unterschrift / Stempel des Krankenhauses )

.....  
( Ort / Datum )

.....  
( Unterschrift / Stempel des Arztes )