



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003-50127

Praxisstempel

Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer
(nicht Zutreffendes bitte streichen) _____
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Anerkennung als Belegarzt für das Krankenhaus:

.....

- 1. Anschrift des Krankenhauses:
-
- 2. Die Zahl der von mir zu versorgenden Betten beträgt:

Nachweis:

- 3. Der Belegarztvertrag mit dem Krankenhaus ist beigefügt: ja nein
- 4. Eine Erklärung über das Einverständnis und die Zahl der zur Verfügung gestellten Betten des Krankenhauses ist beigefügt: ja nein
- 5. Geplante Aufnahme der belegärztlichen Tätigkeit (Datum):
- 6. Üben Sie eine Nebentätigkeit aus: ja nein
- 7. Falls JA: Art, Ort und Umfang der Nebentätigkeit:
-

Hinweis:

Die KV Berlin macht Sie darauf aufmerksam, dass die Erteilung der Abrechnungsgenehmigung zur Anerkennung als Belegarzt von einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abhängig ist.



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von belegärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung

Anlage

- Erklärung des Krankenhauses



Stellungnahme gemäß § 38 bis § 41 Bundesmantelvertrag (Primärkrankenkassen) bzw.
§ 31 und § 32 Arzt/Ersatzkassenvertrag (Ersatzkassen)

**AOK, Landesverband der BKK
und Landesverband IKK**

Es besteht Einvernehmen

JA Nein

unbefristet

befristet

**Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.**

Es besteht Einvernehmen

JA Nein

unbefristet

befristet

Begründung:

.....
.....
.....

.....
Datum, Unterschrift und Kassenstempel

.....
Datum, Unterschrift und Kassenstempel