

**Antrag
auf Anerkennung als Belegarzt gemäß § 40 des Bundesmantelvertrages-Ärzte
und § 32 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen**

Name, Vorname

Hauptbetriebsstättennummer

Facharzt

Praxisanschrift

.....

Wohnort

Hiermit beantrage ich die Anerkennung als Belegarzt für die stationäre vertragsärztliche Tätigkeit im Krankenhaus

.....

gemäß § 40 des BMV-Ärzte - § 32 des BMV-Ärzte/Ersatzkassen ab

.....

Entfernung Wohnung/Krankenhaus km

Entfernung Krankenhaus/Praxis km

Zahl der Belegbetten

Werden neben der ambulanten und stationären Tätigkeit weitere Nebentätigkeiten ausgeübt:

JA / NEIN

Wenn ja, welcher Art ist diese Tätigkeit und welchen Umfang nimmt sie von der Gesamttätigkeit ein?

Sollten sich die Verhältnisse meiner stationären Tätigkeit nach der Anerkennung als Belegarzt gegenüber den von mir gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, der Kassenärztlichen Vereinigung MV hiervon sofort Mitteilung zu machen.

.....
Datum

.....
Arztstempel/Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt
(gemäß § 40 des BMV-Ärzte und § 32 des BMV Ärzte/Ersatzkassen)

Hiermit bestätigen wir, dass die Belegung der Belegbetten in gemeinsamer
Absprache/Kooperation im folgenden Sinne erfolgt:

Es wird zugesichert, dass von den als Belegarzt tätigen Vertragsarzt/-ärzten die
Gesamtkapazität der Belegbetten

im Krankenhaus

.....

.....

in Höhe von Betten

für die Fachrichtung

entsprechend des dem Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern
genehmigt ist und nicht überschritten wird.

.....
Krankenhaus
Stempel/Unterschrift

.....
Belegarzt/-ärzte
Stempel/Unterschrift