

■ **FORMULAR**

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax 06131 326-327



Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

Stempel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung mehrerer Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche sowie diverse mit ein.

1. Personalien des Antragstellers

Titel, Name, Vorname

Praxisanschrift (PLZ, Ort, Straße)

Telefon (Praxis) _____ Telefax (Praxis) _____

E-Mail _____

Facharztanerkennung als: _____

Niedergelassen als: _____ seit: _____

Ich bin in Einzelpraxis/BAG zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
Name der BAG

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
Name des MVZ

2. Beantragung

Antragstellung erfolgt:

Für mich

Für den angestellten Arzt in Einzelpraxis/BAG

Name des Arztes und Facharztbezeichnung: _____

Für den im MVZ tätigen Arzt (Angestellter Arzt, Vertragsarzt)

Name des Arztes und Facharztbezeichnung: _____

In Kenntnis der Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur belegärztlichen Tätigkeit, beantrage ich die Anerkennung als Belegarzt an folgendem Krankenhaus:

Name des Krankenhauses

Anschrift (PLZ/Ort/Straße)

Beginn der belegärztlichen Tätigkeit des Belegarztes: _____

Der Belegarzt verfügt bereits über eine Belegarztanerkennung für ein anderes Krankenhaus und soll zusätzlich am oben genannten Krankenhaus belegärztlich tätig werden:

Ja

Name des Krankenhauses

Anschrift (PLZ/Ort/Straße)

Nein

3. Erklärung

Zur Nebentätigkeit:

- Ich erkläre, dass ich/der Belegarzt neben der ambulanten ärztlichen Tätigkeit keine anderweitige Tätigkeit ausübe/ausübt.
- Ich/der Belegarzt übe/übt eine Nebentätigkeit aus.

Tätigkeit als: _____
Stunden pro Woche: _____

Zur Entfernung:

Die Entfernung/Fahrtzeit zum Krankenhaus beträgt

... vom Hauptwohnsitz _____ Kilometer und _____ Minuten.

Wohnort mit PLZ, Ort, Straße

... von der Praxis _____ Kilometer und _____ Minuten.

Ich erkläre, dass meine Wohnung/die Wohnung des angestellten Arztes und meine/die Praxis so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von mir/dem Belegarzt ambulant sowie stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

4. Sonstiges

- Müssen Sie dem Krankenhaus für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes bei belegärztlich operativen Leistungen Kosten erstatten?

Ja Nein

- Kann der nachgeordnete Dienst des Krankenhauses in Anspruch genommen werden?

Ja Nein

Wenn ja, für welche Aufgaben?

- Stehen für die stationäre Behandlung weitere Ärzte zur Verfügung (z. B. für Operationsassistenz)?

Ja Nein

- Besteht ein Honorarvertrag i. S. d. § 121 Abs. 5 SGB V mit dem Krankenhausträger?

Ja Nein

Wenn ja, ist der **Honorarvertrag** dem Antrag beizufügen.

- Mir ist bekannt, dass eine Anerkennung als Belegarzt nur im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden möglich ist. Die Durchführung und Abrechnung belegärztlicher Leistungen kann erst nach einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) erfolgen.

Zum Bereitschaftsdienst:

Gemäß § 39 Abs. 6 BMV-Ä sind Belegärzte dazu verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist dann sichergestellt, wenn sich ein bereitchaftsdiensthabender Arzt im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der Belegabteilung rechtzeitig tätig werden zu können. Eine Rufbereitschaft außerhalb des Krankenhauses reicht hierfür nicht aus.

Ich versichere, dass während meiner Abwesenheit/der Abwesenheit des Belegarztes vom Krankenhaus der Bereitschaftsdienst für Belegpatienten durch die Anwesenheit eines Arztes rund um die Uhr im Krankenhaus durch

Belegärzte angestellte Ärzte im Krankenhaus

sichergestellt ist.

Erbringt der Belegarzt seine Leistungen auf der Basis des Honorarvertragsmodells in der Belegabteilung eines Krankenhauses oder in einem Belegkrankenhaus, handelt es sich nicht um vertragsärztliche Leistungen. Die Abrechnung erfolgt in diesen Fällen unmittelbar mit dem Krankenhausträger.

Rückwirkende Genehmigungen können aus rechtlichen Gründen nicht erteilt werden.

Ich verpflichte mich, der KV RLP jede für die ausgesprochene Belegarztanerkennung wesentliche Änderung mitzuteilen. **Dazu gehört unter anderem:**

- Die Ausübung einer Nebentätigkeit neben meiner vertragsärztlichen Tätigkeit.
- Die Verlegung meiner Wohnung bzw. Praxis.
- Der Abschluss eines Honorarvertrages gemäß § 121 Abs. 5 SGB V mit dem Krankenhausträger.
- Die Beendigung meiner belegärztlichen Tätigkeit an vorgenannter Klinik.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes/des im MVZ tätigen Arztes

Bei Antrag auf Anerkennung eines Angestellten in einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Unterschrift aller Praxispartner erforderlich, bei Antrag eines Medizinischen Versorgungszentrums die des Geschäftsführers.

Erklärung des Krankenhauses

Name des Krankenhauses

Standort des Krankenhauses

Anschrift (PLZ, Ort, Straße)

gemäß § 40 Abs. 3 des 10. Abschnittes Bundesmantelvertrag/Ärzte und § 32 Abs. 3 Arzt/Ersatzkassenvertrag über die stationäre vertragsärztliche Behandlung in Krankenhäusern.

Hiermit bescheinigen wir Frau/Herrn

dass ihr/ihm ab dem _____

die belegärztliche Tätigkeit auf unserer Abteilung

mit insgesamt bis zu _____ Belegbetten gestattet wird.

Sind weitere Belegärzte innerhalb der Abteilung tätig?

Ja

Nein

Name/n des Belegarztes/der Belegärzte

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Krankenhausträger