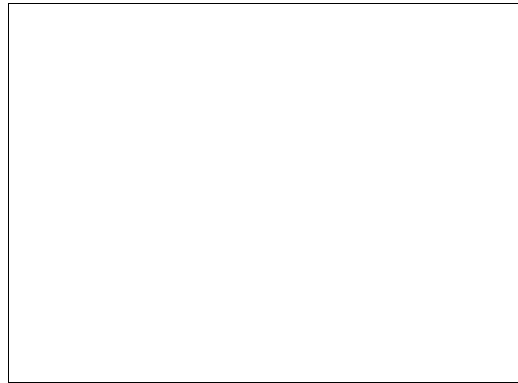


Faxnummer: 040 22802 -738

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Antrag auf Anerkennung als Belegarzt für einen angestellten Arzt gemäß §§ 38 ff. BMV-Ärzte

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Ärztinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter: <https://www.kvhh.net/de/datenschutzhinweis.html>
Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Antragstellers (Arbeitgeber)

ggf. Titel, Vorname, Name oder Name des Medizinischen Versorgungszentrums

Daten des Angestellten

ggf. Titel, Vorname, Name

LANR

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

Belegkrankenhaus

Name des Krankenhauses

Straße

PLZ

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

Ort

Telefon

Fax

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

Hinweis: Machen Sie bitte Kopien von den benötigten Unterlagen.

- ein abgeschlossener Belegarztvertrag
- die unterschriebene Kenntnisnahme des angestellten Arztes (Seite 3)
- die unterschriebene Erklärung des Krankenhauses gemäß § 38 Abs. 3 BMV-Ärzte (Seite 4)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden:

Kreuzen Sie die Leistungen an, die Sie belegärztlich erbringen möchten.

Beachten Sie, dass für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen zusätzlich ein Antrag an die Abteilung Qualitätssicherung zu stellen ist.

- Ambulante Operationen
- Arthroskopien
- intravitreale Injektion
- invasive Kardiologie
- interventionelle Radiologie
- Laserverfahren bei benignem Prostatasyndrom (bPS)
- Radiologische Diagnostik
- Pneumologischer Komplex/Bodyplethysmographie (nur Kinderärzte)

Weitere belegärztliche Tätigkeit

Eine weitere belegärztliche Tätigkeit erfolgt im folgend genannten Krankenhaus bis zum:

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

Name des Krankenhauses

--

Straße

--

PLZ

Ort

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

--

Telefon

Fax

--

--

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werde ich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

--

Name in Druckbuchstaben

Kenntnisnahme des angestellten Arztes

Die Bestimmungen der §§ 38 bis 41 BMV-Ärzte über die stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Behandlungen sind mir bekannt.

Änderungen hinsichtlich der Bestimmungen gemäß § 38 ff BMV-Ärzte für die Anerkennung als Belegarzt werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg schriftlich mitteilen.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass eine belegärztliche Behandlung zu Lasten der Primärkassen erst nach Vorlage der Anerkennung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg im Einvernehmen mit den Landesprimärkassenverbänden der Krankenkassen möglich ist.

Gründe, die gemäß § 39 Abs. 4 BMV-Ärzte einer Anerkennung als Belegarzt entgegenstehen würden, liegen nicht vor.

Belegarztvertrag

Mit der Weitergabe des Belegarztvertrages an die Krankenkassen (bei Anforderung durch die Krankenkassen) bin ich einverstanden.

ja nein

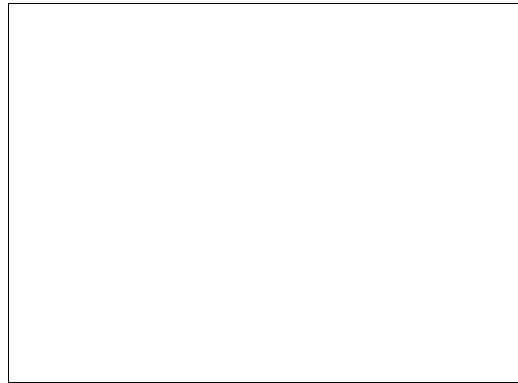
Ort und Datum

Unterschrift des angestellten Arztes

Name in Druckbuchstaben

Faxnummer: 040 22802 -738

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Arztregister
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Erklärung des Krankenhauses gemäß § 38 Abs. 3 BMV-Ärzte

Dem Vertragsarzt / MVZ

wird bescheinigt, dass dem angestellten Arzt / der angestellten Ärztin

Herrn / Frau

in unserem Hause insgesamt _____ Belegbetten zur Verfügung stehen.

Hinweis: Die Angabe der Anzahl der Belegbetten kann bei Anästhesisten ggf. entfallen.

Die belegärztliche Behandlung wird nach dem zwischen den Krankenkassen und unserem Hause bestehenden Rechtsverhältnis nicht aus dem Pflegesatz abgegolten.

Ort und Datum

Unterschrift für das Krankenhaus

Name in Druckbuchstaben