



Hauptstelle  
KV Nordrhein – Hauptstelle- 40182 Düsseldorf  
[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Ansprechpartner: Jennifer Schuster  
Telefon: 0211 / 5970 8594  
Telefax: 0211 / 5970 33146

Ansprechpartner: Simone Mc Kay  
Telefon: 0211 / 5970 8245  
Telefax: 0211 / 5970 33146

E-Mail: Belegarzt@kvno.de

**Antrag  
auf Anerkennung belegärztlicher Tätigkeit gemäß §§ 38 bis 41  
Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Versorgung**

Hiermit beantrage die Anerkennung als Belegärztin/Belegarzt für die stationäre kassenärztliche  
Versorgung, gemäß §§ 38 bis 41 Bundesmantelvertrag/Ärzte,

in der Fachabteilung: \_\_\_\_\_

des/der Krankenhauses/Klinik: \_\_\_\_\_

als Ärztin/Arzt für: \_\_\_\_\_

Die näheren Erläuterungen zu meinem Antrag gehen aus dem in der Anlage beigefügten Auszug aus  
dem Bundesmantelvertrag – Ärzte, 10. Abschnitt – Belegärztliche Tätigkeit hervor.

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kassenarztstempel

## Anlage

zum Antrag auf Anerkennung belegärztlicher Tätigkeit gemäß §§ 38 bis 41  
Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Tätigkeit

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Gebietsbezeichnung/Fachkunde: \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

**Praxisanschrift (Hauptstandort)**

Straße: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**angestellte/r Ärztin/Arzt bei:** \_\_\_\_\_

**ab/seit:** \_\_\_\_\_

Entfernung des Krankenhauses von der Privatwohnung:

\_\_\_\_\_ km (gefahren)      Fahrzeit ca. \_\_\_\_\_ Minuten

Entfernung des Krankenhauses von der Praxis:

\_\_\_\_\_ km (gefahren)      Fahrzeit ca. \_\_\_\_\_ Minuten

Anzahl der Belegbetten für den Antragssteller: \_\_\_\_\_ Betten

Wird ein Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorgehalten? 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/innen bzw. Belegärzte/innen zur Verfügung (z. B. für Operationsassistenz)? ja  nein

Wenn ja, welche Ärzte/innen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Werden neben der ambulanten und stationären Tätigkeit weitere Nebentätigkeiten ausgeübt (z. B. Werksarzt/in)? ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## ERKLÄRUNG

**des Krankenhauses** \_\_\_\_\_  
gemäß § 38 bis 41 Bundesmantelvertrag – Ärzte über die belegärztliche Versorgung

Hiermit bescheinigen wir Herrn / Frau Dr. med. \_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt für \_\_\_\_\_ ,  
dass ihr/ihm belegärztliche Tätigkeit im Rahmen unseres Krankenhauses gestattet wird.

Zur stationären Behandlung werden Belegbetten wie folgt zur Verfügung gestellt:  
Fachabteilung: \_\_\_\_\_ Belegbetten insgesamt: \_\_\_\_\_

Anzahl der Belegbetten für den Antragsteller: \_\_\_\_\_ Betten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel