

Anstellung eines Arztes/einer Ärztin gem. §§ 95 Abs. 9 i.V.m. 103 Abs. 7 SGB V (Belegarztanstellung)

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

CHECKLISTE:

Dem Antrag auf Genehmigung zur Anstellung eines Arztes/einer Ärztin sind nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- Antrag auf Anstellung eines Belegarztes
- schriftlicher Arbeitsvertrag, insbesondere unter Angabe der Arbeitszeiten und des konkreten Anstellungsortes (Straße, PLZ, Ort)
- Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr
- Antragsergänzung „Weitere Antragsteller“ (**Formblatt 1**)
- Bewerbung um das seitens des Klinikums nach § 103 Abs. 7 SGB V ausgeschriebene Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen mit Angabe wann und in welchem Ärzteblatt die Ausschreibung erfolgte (Nicht erforderlich bei Praxisübernahme und Nachbesetzung!)
- Belegarztvertrag, der mit dem Klinikum abgeschlossen worden ist
- Anlage 1** zum Antrag auf Belegarztanstellung zur vertragsärztlichen Tätigkeit (Nicht erforderlich bei Praxisübernahme und Nachbesetzung!) (Erklärung des Klinikums, dass sich kein niedergelassener Arzt im betreffenden Planungsbereich auf die Ausschreibung zum Abschluss eines Belegarztvertrages beworben hat)
- Kopie der Ausschreibung der Belegarztstelle aus dem Hessischen Ärzteblatt oder Deutschen Ärzteblatt (Nicht erforderlich bei Praxisübernahme und Nachbesetzung!)
- Ferner ist bei Übernahme eines auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de/ausschreibungen) gem. § 103 Abs. 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes eine formlose schriftliche Bewerbung um die ausgeschriebene Vertragspraxis nach Veröffentlichung auf der Homepage der KV Hessen unter Angabe der Chiffre-Nr. an das zuständige BeratungsCenter der KV Hessen zu richten.

Von dem anzustellenden Arzt/der anzustellenden Ärztin sind folgende Unterlagen zusätzlich einzureichen:

- aktueller EDV-Ausdruck über die Eintragung in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Arztregister und der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung bzw. Fachbezeichnung hervorgehen muss (entfällt, sofern die Eintragung in das Register der KV Hessen erfolgt ist)
- aktueller, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift sowie den Angaben über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten. Soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit), sind diese ebenso anzugeben. Achten Sie darauf, den Lebenslauf mindestens monatlich auszuführen. Bitte beachten Sie, dass der Lebenslauf zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf.
- Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen Führungszeugnisses der Belegart „O“ zur Vorlage bei einer Behörde. Bei Antragstellung ist die im Antrag genannte Adresse anzugeben. Bitte beachten Sie, dass das Führungszeugnis zum Zeitpunkt der Erteilung der Zulassung (Sitzungstermin des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.

WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR:

Gem. § 46 Abs. 1 c) Ärzte-ZV ist eine Gebühr fällig, sobald Sie Ihren Antrag im BeratungsCenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn Sie Ihren Antrag später zurücknehmen sollten.

Über die Zahlung der Antragsgebühr legen Sie uns bitte innerhalb von 14 Tagen (Eingang) nach Einreichung Ihres Antrags unaufgefordert einen geeigneten Zahlungsnachweis vor.

Sollte die Antragsgebühr nicht fristgemäß gezahlt worden und der geeignete Zahlungsnachweis hier nicht innerhalb der vorgenannten 14 Tagesfrist eingegangen sein, gilt Ihr Antrag nach § 38 Ärzte-ZV als zurückgenommen. In jedem Fall wird Ihr Antrag ohne fristgerechten Nachweis über die Entrichtung der Antragsgebühr nicht für eine Sitzung des Zulassungsausschusses terminiert.

Damit die eindeutige Zuordnung des Antrags gewährleistet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, dass die Überweisung der Antragsgebühr unter **Angabe des entsprechenden Verwendungszwecks** zugunsten nachfolgender Bankverbindung durchgeführt wird:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

Die Antragsgebühr beträgt:

- a) für die Nachbesetzung der Stelle: € 60,00
(Verwendungszweck: ZA 3.10.1 Belegarzt / Name Praxisinhaber / Name Angestellter)
- b) in allen anderen Fällen: € 120,00
(Verwendungszweck: ZA 3.10 Belegarzt / Name Praxisinhaber / Name Angestellter)

Nach der Genehmigung werden auf gesonderte Anforderung zusätzlich Verwaltungsgebühren erhoben, § 46 Abs. 2 c) und d), Abs. 4 Ärzte-ZV.

Diese betragen:

- a) für die Nachbesetzung der Stelle: 2x € 200,00
- b) in allen anderen Fällen: 2 x € 400,00.

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN:

Um Ihnen Ihr Antragsverfahren zu erleichtern, ist die **Übersendung von Originalunterlagen**, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, **nicht erforderlich**. Etwaig zugesandte Originalunterlagen können daher nicht an Sie zurückgeschickt werden.

Aufgrund dieser Verfahrenserleichterung bitten wir Sie, nur eine Form der Übersendung von Anträgen zu wählen. Entweder entscheiden Sie sich für eine elektronische **Zusendung per Fax oder E-Mail oder** Sie schicken uns Ihre Anträge nebst Anlagen **auf dem Postweg** zu.

Haben Sie Ihre Unterlagen im für Sie zuständigen BeratungsCenter abgegeben, erübrigt sich eine nochmalige Zusendung derselben Unterlagen. Gleiches gilt für die Nachreichung angeforderter Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass die Terminierung eines Antrages für eine Sitzung des Zulassungsausschusses erst erfolgen kann, wenn alle angeforderten Unterlagen vollständig hier eingereicht und die Antragsgebühr überwiesen wurde.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhessen.de/datenschutz.

**Antrag auf Anstellung eines Arztes
gem. §§ 95 Abs. 9 i.V.m. 103 Abs. 7 SGB V
(Belegarztanstellung)**

ZULASSUNGS
AUSSCHUSS
HESSEN



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Zulassungsausschuss für Ärzte
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

Notizfeld für Bearbeitungshinweise des
BeratungsCenters der KVH

Das Antragsformular bitte vollständig und in Großbuchstaben ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Persönliche Angaben			
a) 1. Praxisinhaber		(Bei Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft bitte für die weiteren BAG-Mitglieder das Formblatt „Weitere Antragsteller“ (Formblatt 1 - Seite 7 und 8) gesondert ausfüllen. Die auf diesen zusätzlich eingereichten Formblättern gemachten Angaben sind Bestandteil dieses Antrages.	
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
b) Anzustellender Arzt			
Titel, Name:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:			
Hauptwohnsitz: (Zeitpunkt der Anstellung)	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail			
Weitere Anträge zu meiner Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung habe ich derzeit auch bei einem anderen Zulassungsausschuss gestellt:			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Antrag auf: zum:			

2. Vertragsärztliche Tätigkeit/Anstellungsgenehmigung											
Die Genehmigung zur Belegarztanstellung wird beantragt:											
<input type="checkbox"/> a) als Neu-/Erstgenehmigung											
<input type="checkbox"/> b) zur Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes											
Datum der Ausschreibung/Chiffre:	www.kvhessen.de/ausschreibungen										
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)										
Ein zivilrechtlicher Praxisübernahmevertrag mit dem bisherigen Praxisinhaber wurde abgeschlossen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja											
Nach § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.											
<input type="checkbox"/> c) zur Nachbesetzung der Stelle eines bereits von mir beschäftigten angestellten Arztes	(Sofern hierdurch eine Statusänderung des bisher angestellten Arztes eintritt [Anstellungsende, Änderung des Arbeitszeitrahmens], reichen Sie bitte den entsprechenden Folgeantrag ein)										
für das Fachgebiet:	(Facharztgruppe)										
bestehender Faktor:	(Anrechnungsfaktor gem. § 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL)										
bisher besetzt von:	(Titel und Name des bisher angestellten Arztes)										
unbesetzt seit:											
Die Nachbesetzung einer Anstellung ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Die vollständige oder teilweise Nachbesetzung hat binnen sechs Monaten nach vollständigem oder teilweisem Ende des Anstellungsverhältnisses zu erfolgen. Die Genehmigung zur Nachbesetzung ist rechtzeitig innerhalb der genannten Frist zu beantragen.											
Die Anstellung erfolgt											
als: (Fachgebietsanerkennung lt. Urkunde - ggf. einschließlich Schwerpunktbezeichnung)											
mit: (Tätigkeitsumfang in Stunden pro Woche)											
§ 58 Abs. 2 Satz 4 BP-RL: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Anrechnungsfaktor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>bis 10 Stunden pro Woche</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>über 10 bis 20 Stunden pro Woche</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>über 20 bis 30 Stunden pro Woche</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>über 30 Stunden pro Woche</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table>		Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor	bis 10 Stunden pro Woche	0,25	über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5	über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75	über 30 Stunden pro Woche	1,0
Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor										
bis 10 Stunden pro Woche	0,25										
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5										
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75										
über 30 Stunden pro Woche	1,0										
Bitte beachten Sie, dass zur Sicherstellung des Bedarfs eine Anstellung nur mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 erfolgen kann. Eine Anstellung mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 ist nur möglich, wenn ein weiterer Arzt mit ebenfalls mindestens einem Faktor von 0,5 in dem gleichen Fachgebiet dort tätig ist.											
Im Falle der beantragten Anstellung als <u>Kinder- und Jugendarzt</u> wird dieser an der											
<input type="checkbox"/> hausärztlichen Versorgung teilnehmen. <input type="checkbox"/> haus- und fachärztlichen Versorgung teilnehmen.											
Angaben zum Anstellungsort:	Bitte beachten Sie, dass der Anstellungsort auch im Arbeitsvertrag konkret anzugeben ist.										
<input type="checkbox"/> Dienstort ist:											
Straße, Nr.:											
PLZ:	Ort:										

3. Belegärztliche Tätigkeit			
Die belegärztliche Tätigkeit wird aufgenommen			
zum: (voraussichtlicher Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit)			
(in der Belegabteilung für)			
Angaben zum Belegkrankenhaus:			
Bezeichnung/Name:			
Adresse:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon:		Fax:	
E-Mail:			
Die Entfernung zwischen Hauptwohnsitz und Belegkrankenhaus beträgt ca. _____ km. Das Belegkrankenhaus ist vom Hauptwohnsitz aus in ca. _____ Minuten zu erreichen.			
Die Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Belegkrankenhaus beträgt ca. _____ km. Das Belegkrankenhaus ist vom Vertragsarztsitz aus in ca. _____ Minuten zu erreichen.			
Belegarztvertrag			
<input type="checkbox"/> Das Angebot des Krankenhausträgers zum Abschluss eines Belegarztvertrages wurde ausgeschrieben.			
<input type="checkbox"/> Ein Belegarztvertrag mit einem niedergelassenen Vertragsarzt ist nicht zustande gekommen.			
<input type="checkbox"/> Der Belegarztvertrag, geschlossen am _____, liegt bei.			
Anzahl der von Ihnen am vorgenannten Krankenhaus zu betreuenden Belegbetten: (Anzahl der Betten)			
Die am Krankenhaus zu betreuenden Belegbetten werden: <input type="checkbox"/> alleine oder <input type="checkbox"/> kooperativ betreut			
Den Antrag auf Anerkennung als Belegarzt habe ich am _____ gestellt. <small>(Das Antragsformular finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvhessen.de / Für unsere Mitglieder / Unternehmen Praxis / Schnittstelle Klinik / Belegarzt: Antrag auf Anerkennung)</small>			
§ 40 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte: Die Anerkennung als Belegarzt setzt voraus, dass an dem betreffenden Krankenhaus eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung nach Maßgabe der Gebietsbezeichnung (Schwerpunkt) der Weiterbildungsordnung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag eingerichtet ist und der Praxissitz des Vertragsarztes im Einzugsbereich dieser Belegabteilung liegt.			

4. Erklärungen des Praxisinhabers (Arbeitgeber)	
Für die Anstellung des Arztes ist folgendes gewährleistet:	
<input type="checkbox"/>	Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung mit ausreichender Deckung
<input type="checkbox"/>	fachliche Weisungen erfolgen unter Beachtung des Berufsrechts
<input type="checkbox"/>	mindestens angemessene Vergütung
Eine Vergütung ist angemessen, wenn sie in einem gerechten Verhältnis zur geschuldeten Leistung steht und sich im Rahmen der üblichen Vergütungsgrenzen des Marktes hält.	
5. Erklärungen des anzustellenden Arztes (Arbeitnehmer)	
Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.	
§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:	
Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.	
§ 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:	
Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.	
Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen des anzustellenden Arztes	
<input type="checkbox"/>	Ich stehe zurzeit in keinem Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.
<input type="checkbox"/>	Ich stehe zurzeit in folgendem/n Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis(en) (ggf. gesondertes Blatt verwenden):
1.	bei/im: _____ mit _____ Std./Woche
2.	bei/im: _____ mit _____ Std./Woche
3.	bei/im: _____ mit _____ Std./Woche
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. _____ ist mit Wirkung zum _____ gekündigt worden.
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. _____ wird mit Wirkung zum _____ gekündigt.
<input type="checkbox"/>	Das Beschäftigungsverhältnis zu Nr. _____ wird mit _____ Std./Woche weitergeführt.
Mir ist bekannt, dass ich mich mit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (voller Versorgungsauftrag) nur mit insgesamt maximal 13 Std./Woche in einem anderen Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis befinden darf und dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs und Vorlage des entsprechenden Vertrages anzuzeigen ist.	
6. Hinweise zur Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen	
Uns ist bekannt, dass für die Ausführung und Abrechnung von Genehmigungspflichtigen Leistungen jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen und diese Leistungen -unabhängig vom Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung- im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt bzw. abgerechnet werden, wenn hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine zusätzliche Genehmigung bzw. Anerkennung vorliegt.	

Uns ist zudem bekannt, dass eine rückwirkende Genehmigung nicht möglich ist und die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigungen zulässig ist und Honoraranspruch besteht.

Die Antragsformulare finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhessen.de / Für unsere Mitglieder / Qualität / Qualitätssicherung und Genehmigungspflicht). Bitte beachten Sie, dass die Genehmigungen standortbezogen erteilt werden, d. h. für Nebenbetriebsstätten müssen für den jeweiligen Standort nochmals entsprechende Genehmigungen beantragt werden.

7. Sonstige Hinweise

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen, unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind; im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragsarztes wie z. B. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann -wie auch jede sonstige Genehmigung- **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so bedarf es einer vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 55 BP-RL). Innerhalb von sechs Monaten nach der Reduzierung der Arbeitszeit des angestellten Arztes kann der Vertragsarzt zur Nachbesetzung unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen einen weiteren in Teilzeit beschäftigten Arzt anstellen.

8. Antragsgebühren

Ich habe den Betrag in Höhe von € 120,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks „**ZA 3.10 Belegarzt / Name MVZ / Name Angestellter**“

Ich habe den Betrag in Höhe von € 60,00 am _____ unter Angabe des Verwendungszwecks „**ZA 3.10.1 Belegarzt / Name MVZ / Name Angestellter**“

auf das Bankkonto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28, BIC: DAAEDEDXXX, überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung liegt bei (z. B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank).

Spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Antragseingang muss die Antragsgebühr entrichtet und ein geeigneter Zahlungsnachweis vorgelegt werden, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere/Wir versichern, dass meine/unsere Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich/verpflichten wir uns, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel Praxisinhaber)

(Ort, Datum)

(Unterschrift anzustellender Arzt)

**Anlage 1 zum Antrag auf Anstellung eines Arztes/einer Ärztin
gem. §§ 95 Abs. 9 i.V.m. 103 Abs. 7 SGB V (Belegarztanstellung)
Erklärung des Krankenhausträgers zur Vorlage beim Zulassungsausschuss**

(Nur durch das Krankenhaus auszufüllen)

I. Die im Krankenhausplan des Landes Hessen ausgewiesene Belegarztabteilung des

(Bezeichnung des Krankenhauses)

im Fachgebiet

wurde am im Hessischen Ärzteblatt

am im Deutschen Ärzteblatt

ausgeschrieben. (Abschriften der Ausschreibung bitte beifügen)

II. Für die unter I. genannte Belegarztstelle hat sich ein niedergelassener Vertragsarzt

nicht beworben

beworben; ein Belegarztvertrag ist jedoch mit dem Bewerber nicht zustande gekommen
(detaillierte Begründung unter Bezugnahme auf die mit den Bewerbern geführten
Verhandlungen bitte auf gesondertem Beiblatt beifügen)

III. Mit dem Antragsteller ist hinsichtlich der unter I. genannten Belegabteilung am

ein Belegarztvertrag zustande gekommen.

Antragsteller:

(Titel, Vorname, Name des Antragstellers)

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Krankenhausträgers)

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
3. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 3)			
4. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 4)			
5. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 5)			

Formblatt 1 - Weitere Antragsteller (Die auf diesem Formblatt gemachten Angaben sind Bestandteil des Antrages.)			
6. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 6)			
7. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 7)			
8. Antragsteller:			
Titel, Name/ Firma:			
Vorname(n):			
Vertragspraxis:	Straße, Nr.:		
	PLZ:	Ort:	
Telefon (tagsüber):			Fax:
E-Mail:			BSNR:
_____ (Unterschrift und Stempel Antragsteller zu 8)			