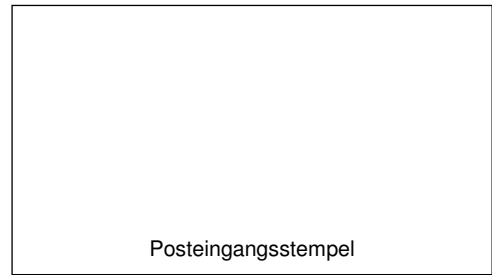


Zulassungsausschuss - Ärzte - Dresden



Zulassungsausschuss-Ärzte-Dresden  
Postfach 10 06 41  
01076 Dresden

**Anlage**  
**zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit als Belegarzt**  
**gemäß § 103 Abs. 7 SGB V**

Der Antragsteller .....  
Titel, Name, Vorname

.....  
Fachgebietsbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung

beantragt die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Belegarzt.

Ein Belegarztvertrag mit

.....  
Name des Krankenhauses

wurde abgeschlossen.

- Der Belegarztvertrag ist beigefügt.
- wird nachgereicht.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

**Bearbeitungsvermerk der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses:**

Ausschreibung der Belegarztstelle des Krankenhausträgers:

Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und der KV:

- |             |                          |    |                          |      |
|-------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| AOK PLUS    | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Knappschaft | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| vdek        | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| BKK         | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| KVS         | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |