

## Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

1. Krankenhaus	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen	

2. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3. Angaben zu den Standorten	
Weist der Versorgungsauftrag, insbesondere der Feststellungsbescheid neben der unter 1. genannten Adresse des Krankenhauses weitere Standorte aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, - Anzahl der insgesamt ausgewiesenen Standorte angeben:	<input type="checkbox"/> Anzahl Standorte
- Adresse und Institutionskennzeichen jedes Standortes angeben unter 4.	

4. Nähere Angaben zu den Standorten		
Nr.	Institutionskennzeichen	Adresse

<b>5. Belege/Nachweise</b> Gemäß § 2 Absatz 4 Anlage 3 Qb-R sind für den Nachweis geeignete Belege insbesondere bei Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste zu übermitteln. Folgende <b>Nachweise</b> sind beigefügt:	
a) zur Zulassung nach § 108 SGB V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) zu den Standorten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Feststellungsbescheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Versorgungsauftrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
e) Sonstiges:  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/> Ja