

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

1. Antragsteller (antragsberechtigt gemäß § 2 Absatz 2 Anlage 3 Qb-R):	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen (soweit vergeben)	

2. Krankenhaus/Hauptstandort (nur auszufüllen, falls abweichend von 1. Antragsteller)	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen	

3. 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

4. Angaben zu den Standorten	
Weist der Versorgungsauftrag, insbesondere der Feststellungsbescheid neben der unter 2. genannten Adresse des Krankenhauses weitere Standorte aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, - Anzahl der insgesamt ausgewiesenen Standorte angeben:	__ Anzahl Standorte
- Adresse und Institutionskennzeichen jedes Standortes angeben unter 6.	

5. Antrag auf Änderung der Positivliste	
Antrag auf Aufnahme	<input type="checkbox"/>
Antrag auf Streichung	<input type="checkbox"/>
Andere Korrektur (z.B. IK-Nummer, Adresse)	<input type="checkbox"/>

Bei Auswahl „Andere Korrektur (z.B. IK-Nummer, Adresse)“ unter Nr. 5	
Bisherige Angabe in der Positivliste	Korrigierte Angabe

6. Nähere Angaben zu den Standorten in der von Ihnen beantragten Form (einschließlich des Hauptstandorts siehe 1. bzw. 2.)		
SO	Institutionskennzeichen	Adresse

7. Belege/Nachweise	
<p>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 Nachweise sind beigefügt:</p>	
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) Versorgungsvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

e) Sonstiges (z.B. Gründe für Nicht-Lieferung):

Ja