

Beispiel für einen Antrag auf Aufnahme eines Standortes

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und elektronisch aus und senden Sie es an gs@g-ba.de.

1. Antragsteller gem. § 2 Absatz 2 Anlage 3	
a) Vollständiger Name	<i>Krankenhausträger X gGmbH</i>
b) Anschrift	<i>Neue Straße 17a, 12345 Neustadt</i>

2. Antrag wird gestellt für folgendes Krankenhaus (Für jedes Krankenhaus ist ein eigener Antrag auszufüllen.)	
a) Vollständiger Name	<i>St. Josef Krankenhaus</i>
b) Anschrift	<i>Hauptstraße 1, 12345 Neustadt</i>
c) Bundesland	<i>Niedersachsen</i>
d) Institutionskennzeichen (IK)	<i>260611012</i>

3. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V (Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja

4. Antrag auf Änderung der Positivliste

(Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)

<p>Antrag auf Aufnahme (z. B. Aufnahme eines Krankenhauses, Standortes)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <i>Aufnahme der Tagesklinik am Standort Altstadt</i></p>
<p>Antrag auf Streichung (z. B. Streichung eines Krankenhauses, Standortes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:</p>
<p>Andere Korrektur (z. B. Änderung von IK, Name, Adresse, Sonstiges)</p>	<p><input type="checkbox"/> folgende Namensänderung:</p> <p><input type="checkbox"/> folgende IK-Änderung:</p> <p><input type="checkbox"/> folgende Adressänderung:</p> <p><input type="checkbox"/> folgende sonstige Änderung:</p>

5. Aktuelle Darstellung in der Positivliste

(Bitte nur ausfüllen, sofern und soweit das Krankenhaus auf der Positivliste aktuell geführt ist.)

Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort
260611012	99	St. Josef Krankenhaus	Hauptstraße	1	12345	Neustadt
260611012	01	St. Josef Krankenhaus	Hauptstraße	1	12345	Neustadt
260611012	02	St. Josef Krankenhaus - Tagesklinik Vorstadt	Rathausstraße	33	12334	Vorstadt

6. Beantragte Darstellung in der Positivliste

Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort
260611012	99	St. Josef Krankenhaus	Hauptstraße	1	12345	Neustadt
	01	St. Josef Krankenhaus	Hauptstraße	1	12345	Neustadt
	02	St. Josef Krankenhaus - Tagesklinik Vorstadt	Rathausstraße	33	12334	Vorstadt
	03	St. Josef Krankenhaus - Tagesklinik Altstadt	Brunnenstraße	20	12355	Altstadt

7. Belege/Nachweise

Gemäß § 2 Absatz 4 Anlage 3 Qb-R sind für den Nachweis geeignete Belege zu übermitteln. Beispielsweise sind bei der Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste, der für das Berichtsjahr gültige Krankenhausplan, der Feststellungsbescheid oder andere Nachweise über den Versorgungsauftrag geeignete Belege.

Folgende **Nachweise** sind beigefügt:

1. *Feststellungsbescheid vom 12. September 2017
(Hinweis: dieser Feststellungsbescheid belegt, dass das Krankenhaus nunmehr über drei Standorte verfügt)*

Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise und Beispielformulare, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/>.