

## Anlage

### zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

#### Antragstellender Anästhesist

Titel \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

bzw.

#### beim Antragsteller tätiger Anästhesist

Titel \_\_\_\_\_, Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

### Erklärung des Krankenhausträgers

Hiermit wird bestätigt, dass dem antragstellenden Anästhesisten bzw. dem beim Antragsteller tätigen Anästhesisten

ab \_\_\_\_\_ in den Belegabteilungen \_\_\_\_\_  
Datum

die belegärztliche Tätigkeit gestattet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhausträger



Stempel Krankenhausträger