

### Absender

Firmenname	<input type="text"/>	
Nachname: *	<input type="text"/>	
Vorname(n): *	<input type="text"/>	
Straße, Nr.: *	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort: *	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon: *	<input type="text"/>	
Fax:	<input type="text"/>	
E-Mail:	<input type="text"/>	

\* Pflichtfelder: siehe Datenschutzhinweis

## Antrag auf Erteilung einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit wird die Erteilung einer Konzession gemäß § 30 GewO für die folgende Privatkrankenanstalt beantragt:

### 1. Angaben zur Person des Antragstellers \*

(bei juristischen Personen für jedes Mitglied der Geschäftsführung oder des Vorstands, bei Personengesellschaften für jede Gesellschafterin oder Gesellschafter, siehe Hinweis)

Familienname *	<input type="text"/>	Vorname *	<input type="text"/>	
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	Geburtsort (Gemeinde mit PLZ, Landkreis, Land) *	<input type="text"/>	
Postleitzahl *	<input type="text"/>	Wohnort *	<input type="text"/>	
		Straße *	<input type="text"/>	
			Hausnr. *	<input type="text"/>
Familienstand: *	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden/getrennt lebend

### 2. Angaben zur Privatkrankenanstalt \*

Vollständiger Name *	<input type="text"/>	Rechtsform *	<input type="text"/>	
Postleitzahl *	<input type="text"/>	Ort *	<input type="text"/>	
		Straße *	<input type="text"/>	
			Hausnr. *	<input type="text"/>

### 3. Angaben zum Betreiber der Klinik \*

Name, Firma, Anschrift, bei Personengesellschaften für alle Gesellschafter

### Hinweis:

Für das Beifügen von Dateien können Sie die Dateianhangsfunktion von Adobe verwenden. Klicken Sie hierzu bitte im linken Bereich des Fensters auf das Symbol der Büroklammer und laden Sie die gewünschten Dateien hoch.

#### 4. Angaben zur Konzession

Die Konzession soll sich auf die folgenden medizinischen **Indikationsbereiche** beziehen:

--

- Es handelt sich um eine Entbindungsanstalt.
- Es handelt sich um eine Rehabilitationsklinik.
- Es handelt sich um eine psychiatrische Klinik.
- In der Klinik werden Operationen durchgeführt.

Die **Bettenzahl** umfasst:  Betten.

ggf. ergänzende Angaben

--

#### 5. Angaben zum Personal

##### Ärztliche Leitung

Titel, Name	Qualifikation, Approbation	Urkunde vom

##### Vertretung der ärztlichen Leitung

Titel, Name	Qualifikation, Approbation	Urkunde vom

Approbationsurkunden und Weiterbildungsnachweise des ärztlichen Leiters, seiner Vertretung und der Oberärzte (jeweils in beglaubigter Kopie) sowie die jeweiligen Verträge zwischen ärztlichem Leiter und Vertretung und dem Klinikum sind beigefügt.

##### Angaben über angestellte Ärzte/Belegärzte:

Titel, Name	Qualifikation, Approbation	Stellenumfang



**Angaben über Assistenzperson:**

Titel, Name	Qualifikation, Berufsbezeichnung

Diesem Antrag sind beigefügt:

- Berufsurkunden (in beglaubigter Kopie)
- Anstellungsvertrag zwischen dem Klinikbetreiber und dem Anästhesisten oder der Anästhesistin bzw. Kooperationsvertrag bei externen Leistungen

**6. Angaben zu Kooperationen**

- In der Klinik ist ein eigenes Labor vorhanden.
- Die Anbindung an ein Labor ist sichergestellt.

(Bitte Namen und Anschrift des Labors angeben)

Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist beigefügt.

- Die Klinik erbringt alle medizinisch-technischen Leistungen selbst.
- Die Anbindung an andere Einrichtungen für Therapiemaßnahmen und medizinisch-technische Leistungen ist sichergestellt.

(Bitte Namen und Anschrift der Einrichtung angeben)

Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist beigefügt.

- Da es sich um eine Entbindungsanstalt handelt, steht im Bedarfsfall für eine Krisenintervention die Anbindung an eine geburtshilflich-gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses zur Verfügung.

(Bitte Namen und Anschrift des Krankenhauses angeben)

Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist beigefügt.

**7. Angaben zu den baulich-hygienischen Voraussetzungen:**

**Ein ausreichender Hygieneplan liegt vor und ist diesem Antrag beigelegt.** Daraus gehen auch die regelmäßigen Maßnahmen der Desinfektion hervor. Das Reinigungspersonal verfügt über entsprechende hygienische Kenntnisse. Verantwortlich für die Umsetzung des Hygieneplans ist:

(Bitte Namen und Funktion in der Einrichtung angeben)

In der Einrichtung sollen auch **Operationen** durchgeführt werden. Der **Eingriffsraum** erfüllt die baulich-hygienischen Anforderungen. Nachweise werden dem Gesundheitsamt auf Verlangen nachgereicht. Die Überwachung der Frischoperierten ist apparativ gesichert. Die Wiederbelebung von Patienten ist apparativ sichergestellt. Es werden sowohl mindestens ein Defibrillator als auch ein Beatmungsgerät vorgehalten. Daneben ist auch eine Notfall-Labordiagnostik gewährleistet:

(Bitte Namen und Anschrift des Labors angeben)

Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist beigelegt.

Die ausreichende **Dokumentation der Krankenhausleistungen** ist gewährleistet. Nachweise werden dem Gesundheitsamt auf Verlangen nachgereicht.

**Weitere Angaben**

Sollten noch weitere Angaben oder Nachweise für die Konzession erforderlich sein, werden diese auf Verlangen nachgereicht.

Ort \*

Datum \*

Name/Unterschrift des Klinikbetreibers

**Datenschutzhinweis:**

Pflichtfelder sind mit einem Sternchen ( \*) gekennzeichnet. Die nicht als Pflichtfelder gekennzeichneten Beschriftungs- und Texteingabefelder betreffen Daten, deren Angabe freiwillig ist. Ein Fehlen dieser Daten führt nicht dazu, dass der Antrag nicht bearbeitet oder aus diesem Grund abgelehnt wird. Zu Ihrer Sicherheit werden die Daten verschlüsselt an uns übermittelt.