

### Angaben zum Antragsteller

|   |         |
|---|---------|
| Name, Vorname                               |         |
| Hauptwohnung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |         |
| Telefon                                     | Telefax |
| E-Mail                                      |         |

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

### 1. Angaben zur beabsichtigten Anstalt

|   |         |        |
|---|---------|--------|
| Name(n)   |         |        |
|   |         |        |
| Rechtsform  |         |        |
| Anschrift der Betriebsstätte (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) |         |        |
| Telefon   | Telefax | E-Mail |

### 2. Betreiber

|  |
|--|
| Name der natürlichen Person oder der Firma |
|--|

#### 2.1 Persönliche Angaben zur natürlichen Person

(bei juristischen Personen für jedes Mitglied der Geschäftsführung oder des Vorstandes, bei Personengesellschaften – wie z.B. OHG – alle geschäftsführungsbefugten Gesellschafter)

|    |  |                                      |            |  |
|----|--|--------------------------------------|------------|--|
| 1. | Name, ggf. Geburtsname   |                                      | Vorname(n) |  |
|    | Geburtsdatum   | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |            |  |
|    | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                      |            |  |
| 2. | Name, ggf. Geburtsname   |                                      | Vorname(n) |  |
|    | Geburtsdatum   | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |            |  |
|    | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                      |            |  |
| 3. | Name, ggf. Geburtsname   |                                      | Vorname(n) |  |
|    | Geburtsdatum   | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |            |  |
|    | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                      |            |  |
| 4. | Name, ggf. Geburtsname   |                                      | Vorname(n) |  |
|    | Geburtsdatum   | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |            |  |
|    | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                      |            |  |
| 5. | Name, ggf. Geburtsname   |                                      | Vorname(n) |  |
|    | Geburtsdatum   | Geburtsort (Gemeinde / Kreis / Land) |            |  |
|    | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                      |            |  |

### 3. Anhängige Verfahren der auf Blatt 1 unter Nr. 2.1 aufgeführten Personen

#### 3.1 Anhängige Strafverfahren

|   |               |              |
|---|---------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Justizbehörde | Aktenzeichen |
|   |               |              |

#### 2.2 Anhängige Bußgeldverfahren wegen Verstößen bei einer gewerblichen Tätigkeit

|   |         |              |
|---|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Behörde | Aktenzeichen |
|   |         |              |

#### 2.3 Anhängiges Gewerbeuntersagungsverfahren nach § 35 Gewerbeordnung und/oder Rücknahme-/Widerrufsverfahren einer gewerberechtigten Erlaubnis

|   |         |              |
|---|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Behörde | Aktenzeichen |
|   |         |              |

### 4. Medizinische Indikationsbereiche

|  |
|--|
|  |
|--|

#### 4.1 Es handelt sich um eine

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entbindungsanstalt | <input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik | <input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik |
|---|--|--|

#### 4.2 An der Klinik werden Operationen durchgeführt.

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

#### 4.2 In der Klinik gibt es

|        |
|--------|
| Betten |
|--------|

### 5. Angaben zum Personal

#### 5.1 Ärztliche Leitung

|                  |               |   |  |
|------------------|---------------|---|--|
| Titel, Name      |               | Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung |  |
| ggf. Urkunde vom | Stellenumfang |   |  |

#### 5.2 Vertretung der ärztlichen Leitung

| Titel, Name | Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung | ggf. Urkunde vom | Stellenumfang |
|-------------|---|------------------|---------------|
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |

#### 5.3 Angestellte Ärzte / Belegärzte

| Titel, Name | Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung | ggf. Urkunde vom | Stellenumfang |
|-------------|---|------------------|---------------|
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |



**5.5 Anästhesist/in**

| Titel, Name | Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung | ggf. Urkunde vom | Stellenumfang |
|-------------|---|------------------|---------------|
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |
|             |   |                  |               |

**5.6 Assistenzpersonal**

| Titel, Name | Qualifikation oder Berufsbezeichnung | ggf. Urkunde vom | Stellenumfang |
|-------------|--------------------------------------|------------------|---------------|
|             |                                      |                  |               |
|             |                                      |                  |               |
|             |                                      |                  |               |
|             |                                      |                  |               |
|             |                                      |                  |               |
|             |                                      |                  |               |

**6. Angaben zu Kooperationen**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Die Klinik verfügt über ein eigenes Labor.   |
| <input type="checkbox"/> Die Anbindung an folgendes Labor ist sichergestellt.<br>Name und Anschrift des Labors  |
| <input type="checkbox"/> Die Klinik erbringt alle medizinisch-technischen Leistungen selbst.  |
| <input type="checkbox"/> Die Anbindung an folgende Einrichtungen für Therapiemaßnahmen und medizinisch-technischen Leistungen ist sichergestellt.<br>Namen und Anschriften der Einrichtungen  |
| <input type="checkbox"/> Bei einer Entbindungsanstalt steht im Bedarfsfall für eine Krisenintervention die Anbindung an die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des folgenden Krankenhauses zur Verfügung.<br>Name und Anschrift des Krankenhauses |

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

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

|                                      |
|--------------------------------------|
| Name und Funktion in der Einrichtung |
|--------------------------------------|

- In der Einrichtung sollen auch Operationen durchgeführt werden. Der **Eingriffsraum** erfüllt die baulich-hygienischen Anforderungen. Nachweise werden 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.

Name und Funktion in der Einrichtung

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

**Ich/Wir versichere/versichern die Richtigkeit der voranstehenden Angaben. Sollten über die nachfolgenden Unterlagen noch weitere Nachweise für die Konzession erforderlich sein, werden diese auf Verlangen nachgereicht.**

Ort, Datum

Unterschrift

### Erforderliche Unterlagen

- Führungszeugnis/se für den/die unter „Betreiber“ (Seite 1) genannte/n Person/en \*)
- Gewerbezentralregisterauszug/auszüge für den/die unter „Betreiber“ (Seite 1) genannte/n Person/en \*)
- Handelsregisterauszug bei Personengesellschaften oder juristischen Personen
- Auskunft aus dem elektronischen Vollstreckungsportal
- Bescheinigung in Steuersachen
- Nachweis über die ärztliche Leitung der Einrichtung (Vertrag) und Nachweis einer für die Fachrichtung der Klinik einschlägig abgeschlossenen Weiterbildung (Facharzt); bei mehreren Fachrichtungen sind für jede Fachrichtung entsprechende Nachweise zu führen.
- Nachweis der Vertretung der ärztlichen Leitung durch einen Arzt gleicher Qualifikation (Vertrag, Nachweis der abgeschlossenen Weiterbildung)
- Nachweis über das in der Klinik tätige Personal
- Nachweis der Kooperationen
- bei externen Leistungen der Anästhesie
- zwecks Anbindung an ein Labor
- zwecks Anbindung an andere Einrichtungen für Therapiemaßnahmen und medizinisch-technische Leistungen
- zwecks Anbindung an eine geburtshilfe Abteilung eines Krankenhauses
- zwecks Anbindung an eine Notfall-Labordiagnostik
- Kopie des Textteiles der Baugenehmigung
- Katasteramtlicher Lageplan des Hauses mit Himmelsrichtung
- Bauzeichnungen (Grundrisspläne, Schnitte, mit Angabe der Maße der Räume, Fenster und Türen, sowie der Zweckbestimmung der Räume und Bettenanzahl je Zimmer)
- Bau- und Betriebsbeschreibung (d.h. der Lage des Grundstücks, der Bausubstanz, der Einrichtung der Patienten- und Behandlungszimmer, Beschreibung des Betriebsablaufs, der Indikationen, sowie der Art und des Umfangs der Behandlungsmaßnahmen je Indikation, der Vorsorge zur Beherrschung von Komplikationen oder Notfällen dienenden apparativen Ausstattung und organisatorischen Maßnahmen, sowie Angaben zur Patientenverpflegung, Ruf- und Gefahrenmeldeanlagen, Sicherheitsstromversorgung, raumlufttechnische Anlagen (Betten-)Aufzügen, Hygienegutachten und -plan zur Beseitigung des medizinischen Abfalls)
- Belegungsübersicht mit laufender Nummerierung der Räume nach den Plänen; ggf. getrennt nach Gebäudeteilen bzw. Geschossen
- Stellenplan (Soll-Zustand), der die beabsichtigte personelle Besetzung im medizinischen und pflegerischen Bereich wiedergibt, einschließlich der jeweiligen Ausbildungsabschlüsse
- Indikationsverzeichnis
- Dienstanweisung für die Ärzte und das Pflegepersonal, insbesondere Regelung des Bereitschaftsdienstes
- Hausordnung

\*) Zu beantragen zur Vorlage bei einer Behörde