

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Team Strukturprüfungen
30517 Hannover

→ Kontakt
strukturops@md-niedersachsen.de

Formular 10.2: Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers



Krankenhaus



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!

Krankenhausname _____

(Ggf. neuer Krankenhausname) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) _____

(Korrespondenzadresse Ja Nein)

Institutionskennzeichen (IK) _____

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) _____



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neustellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neustellig)) _____



Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Niedersachsen die Änderung des Krankenhausträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme oder Fusion an. Ich beantrage hiermit die Umschreibung folgender Bescheinigungen:

[illegible]

Sollte der Umfang der Tabelle unzureichend sein, ist eine Anlage mit ergänzenden Tabellenangaben beizufügen.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____