

**Team Consulting Stationär
Medizinischer Dienst Hessen**
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

→ **Kontakt**
strukturpruefungen@md-hessen.de

Formular 8.2: Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers



Krankenhaus

Krankenhausname _____

(Ggf. neuer Krankenhausname) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) _____

(Korrespondenzadresse Ja Nein)

Institutionskennzeichen (IK) _____

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) _____



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



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neustellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neustellig)) _____


 **Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus** _____

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

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

OPS-Kode	Ggf. Station/Einheit	Aktenzeichen des Bescheides

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



OPS-Kode	Ggf. Station/Einheit	Aktenzeichen des Bescheides

Es wird versichert, dass die Strukturvoraussetzungen unverändert am selben Standort eingehalten werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur