

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Team Strukturprüfungen
30517 Hannover

→ **Kontakt**
strukturops@md-niedersachsen.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 Niedersachsen die Änderung des Krankenhausträgers 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