

**Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe**

-Strukturprüfungen-

Postfach 5320

48029 Münster

## **Formular 10.2 (gemäß § 15 Absatz 4 LOPS-RL): Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhasträgers**



### **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 (neunstellig) \_\_\_\_\_

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) \_\_\_\_\_

 Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

**Name** \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

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

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

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_  
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur