

**Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe**

-Strukturprüfungen-

Postfach 5320

48029 Münster

## Formular 10.2 (gemäß § 15 Absatz 4 LOPS-RL): 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 \_\_\_\_\_

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

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe die Änderung des Krankenhausträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme oder Fusion mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ) 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 \_\_\_\_\_