

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

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 (neunstellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst _____
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 _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur