Medizinischer Dienst
Bremen

Medizinischer Dienst Bremen
Falkenstr. 9
28195 Bremen

→ **Kontakt**
Strops@md-bremen.com

Formular 8.2: Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers

Krankenhaus

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

Krankenhausname _____

(Ggf. neuer Krankenhausname) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) _____

(Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein)

Institutionskennzeichen (IK) _____

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) _____

Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse ◯ Ja ◯ Nein

Standortnummer (neunstellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) _____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Bremen 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

Speichern Drucken Zurücksetzen