

Medizinischer Dienst Nord
Abteilung Krankenhaus
Fachbereich Strukturprüfungen
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

→ Kontakt
strukturpruefung@md-nord.de

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 Nord die Änderung des Krankenhasträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme oder Fusion mit Wirkung zum _____ (TT.MM.JJJJ) an. Ich beantrage hiermit die Umschreibung folgender Bescheinigungen:

A small blue circular icon containing a white letter 'i', representing an information or help symbol.

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