

**Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg**  
Region K-10 Qualitätsprüfungen Krankenhaus  
Lise-Meitner-Straße 1  
10589 Berlin

## Formular 8.2: 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

Telefon-Nummer  E-Mail

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg die Änderung des Krankenhasträgers 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