

**Medizinischer Dienst Thüringen**  
Geschäftsstelle Strukturprüfungen  
Richard-Wagner-Str. 2a  
99423 Weimar

→ **Kontakt**  
Strukturpruefungen@md-th.de

## Formular 10.2: 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 (neunstellig) \_\_\_\_\_

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) \_\_\_\_\_



## Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Thüringen die Änderung des Krankenhausträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme oder Fusion 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