

Wir haben Ihr Dokument umgewandelt, es beginnt auf der nächsten Seite

Aktive Inhalte wurden aus Sicherheitsgründen aus diesem PDF-Dokument entfernt.

Das ursprüngliche Dokument ist noch verfügbar. Klicken Sie einfach auf den Link um es zu öffnen.

Das Dokument muss hierfür allerdings erst durch Ihren Administrator freigegeben werden. Hierüber werden Sie per E-Mail benachrichtigt.

[Freigabestatus prüfen](#)

We have converted your document, it starts on the next page

Active content was removed from this PDF document for security reasons.

The original document is still available. Just click on the link to open it.

However, your administrator needs to approve this and you'll be notified once this has happened.

[Check release status](#)

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

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-th.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)) _____



Name _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst Thüringen 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