

**Medizinischer Dienst Saarland**

Dudweiler Landstr. 151  
66123 Saarbrücken

**→ Kontakt**

strukturpruefungen@md-saarland.de

## 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)) \_\_\_\_\_



