|  |  |
| --- | --- |
| IK-Nummer |  |
| Name des Krankenhauses |  |
| Postalische Anschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner 1** |  |
| Telefon |  |
| Telefax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartner 2**, optional |  |
| Telefon |  |
| Telefax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zutreffendes bitte ankreuzen | □ Erstmeldung □ Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Ansprechpartner) □ Änderungsmeldung (Zusätzlicher Ansprechpartner) |

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift und Stempel des Krankenhauses

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift)