**Ansprechpartner im Krankenhaus**

|  |  |
| --- | --- |
| IK-Nummer |  |
| Name des Krankenhauses |  |

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

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

Erstmeldung □ Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Ansprechpartner) □

Änderungsmeldung (Zusätzlicher Ansprechpartner) □

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel des Krankenhauses

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift)