**Anlage 1:**
**Mitteilung der vom Land bestimmten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung von Krankenhausleistungen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einrichtung (Name, Anschrift):** |  |
| **Ansprechpartner: (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer)** |  |
| **IK:** |  |

Voraussichtliches Leistungsspektrum nach Hauptdiagnosegruppen differenziert

(Bitte zutreffendes ankreuzen „x“)

|  |  |
| --- | --- |
| **Leistungsspektrum** | **(x)** |
| Internistische Leistungen: |   |
| Orthopädische / chirurgische / urologische Leistungen: |   |
| Psychiatrische Leistungen: |   |
| Intensivmedizinische Leistungen: |   |
| Andere Leistungsbereiche sofern angekreuzt, bitte nachfolgend angeben: |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Unterschrift: