

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: _____