



KH-Name, KH-Träger und Anschrift des KH-Trägers	Ort, Datum
	Auskunft erteilt (Telefon):

**Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
Referat 404 - Krankenhäuser**

Per Mail: KH-KHZG@ms.niedersachsen.de

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)/ Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV)
Änderungsanzeige im Rahmen des Nachweises nach §25 KHSFV
zum Verwendungsnachweis vom: (Datum)

Aktenzeichen: **20109** - - **2021**
Fördertatbestand:

Bitte hier das Bundes-Aktenzeichen eintragen

Zusätzlich neues Produkt/neue Maßnahme:

Neues Produkt/neue Maßnahme	Kostenverschiebungen innerhalb der beantragten Kostenpositionen nach § 20 KHSFV (Benennung der Kostenposition)

Neues Produkt/neue Maßnahme	Kostenverschiebung zu einer neuen Kostenposition nach § 20 KHSFV (Benennung der neuen Kostenposition)

Austausch von Produkten/Maßnahmen:

Neues Produkt/neue Maßnahme	Vorheriges Produkt/vorherige Maßnahme

Die Angaben der Änderungsanzeige im Rahmen des Nachweises nach § 25 KHSFV werden hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift des Krankenhausträgers